



## Sainte-Anne-des-Lacs

### PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

#### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE :  Féminin  Masculin

NOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_ NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (1) : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE (2) : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

---

#### CHOIX DES SEMAINES

EST-CE QUE VOTRE ENFANT SERA PRÉSENT LORS DES 8 SEMAINES DE CAMP?:  OUI  NON

SI NON, VEUILLEZ SÉLECTIONNER LES SEMAINES OU IL SERA PRÉSENT :

Semaines de camp de jour	25 juin au 27 juin	30 juin au 4 juillet	7 au 11 juillet	14 au 18 juillet	21 au 25 juillet	28 juillet au 1er août	4 au 8 août	11 au 15 août
Présence								

#### SERVICE DE GARDE

*S.V.P., identifier l'heure approximative d'arrivée et de départ si vous avez un besoin récurrent.*

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
AM					
PM					

*Dans le but d'assurer une intégration réussie, la durée, le nombre de semaines et l'horaire de présence de l'enfant au camp de jour sera réévalué en fonction des besoins et des difficultés de votre enfant. L'évaluation sera faite au cas par cas.*

*Autres informations :*

---

---

*Dans le but de respecter la vie privée de votre enfant, il n'est pas obligatoire de remplir certaines sections. Toutefois, dans le but de permettre à votre enfant de vivre une situation d'inclusion **positive, sécuritaire et significative**, nous vous invitons à nous donner toutes les informations importantes pour cibler ses besoins.*

Veuillez cocher le ou les diagnostics (facultatif)	Déficience physique motrice /motrice cérébrale (DM/DMC)	Problèmes de santé mentale (SM)	Trouble de la communication (DL/DA)	Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Trouble grave de comportement (TGC)	Déficience visuelle (DV)	Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH)	Déficience Intellectuelle (DI)
Autres (précisez)								

### Problèmes de santé particuliers

L'enfant a des troubles de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur :

Oui  Non

Veuillez cocher les troubles de santé liés au jeune	Allergie sévère	Épilepsie	Problème cardiaque	Diabète	Problème respiratoire grave
Autre (précisez)					

## AUTONOMIE

LANGAGE UTILISÉ				
	Verbal	Non verbal	Gestuel	Un appareil de communication*
Veuillez cocher le ou les types de langages utilisés par le jeune				
Si votre enfant utilise un appareil de communication, indiquez le moyen ou l'outil à utiliser ainsi que son fonctionnement				

COMPRÉHENSION		
	Facilement	Difficilement
L'enfant se fait comprendre		
L'enfant comprend		

ALIMENTATION ET HABILLEMENT				
	Aucune aide	Aide partielle	Aide complète	
L'enfant a besoin d'aide pour manger				
L'enfant a besoin d'aide pour boire				
L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller				
Diète spéciale ?	Oui	Non	Précisez	

DÉPLACEMENTS					
	Chaise roulante	Fauteuil roulant motorisé	Marchette	Canne	Accompagnement d'une personne
L'enfant utilise une aide pour ses déplacements					
Autre(s) (précisez)					
	Aucune aide	Aide partielle	Aide complète		
L'enfant se déplace à l'intérieur					
L'enfant se déplace à l'extérieur					

SOINS D'HYGIÈNE			
L'enfant a besoin d'aide pour	Aucune aide	Aide partielle	Aide complète
Aller à la toilette			
Lavage des mains			
Autre (précisez)			
Utilisation des couches ou des culottes de propreté	Oui		Non

NATURE DES COMPORTEMENTS			
(SI L'ENFANT N'A PAS DE COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE REMPLIR CETTE SECTION)			
Votre enfant...	Oui	Non	Parfois
Mord			
Crache			
Frappe			
Pousse			
Tire les cheveux			
A des comportements d'automutilation (ex. : se frapper)			
A des comportements de destruction			
Fugue			
S'oppose			
Vit des inconforts tactiles			
Vit des difficultés à déroger de sa routine			
Vit des difficultés avec les transitions			
Vit des difficultés avec les imprévus			
Vit de l'hypersensibilité aux stimuli (bruits, toucher, etc.)			
L'enfant a-t-il conscience du danger			
L'ENFANT A-T-IL UNE RÉACTION SIGNIFICATIVE			
<i>(si l'enfant n'a pas de réactions significatives, il n'est pas nécessaire de remplir cette section)</i>			
Avec les adultes			
Avec les autres enfants			
Avec les inconnus			
S'il est en colère			
S'il a besoin d'attention			
Si vous avez répondu oui à une de ces questions, précisez :			

Interventions (si l'enfant n'a pas de difficulté nécessitant une intervention particulière, il n'est pas nécessaire de remplir cette section) :

Quelles sont les interventions à prioriser : \_\_\_\_\_

Quelles sont les interventions à éviter (ce qui peut provoquer une désorganisation chez l'enfant) : \_\_\_\_\_

Quelles sont les meilleures façons de l'encourager: \_\_\_\_\_

Comment favoriser le retour au calme et le rassurer: \_\_\_\_\_

Autres informations : \_\_\_\_\_

Forces et Intérêts

Ce que l'enfant aime : \_\_\_\_\_

Ce que l'enfant n'aime pas : \_\_\_\_\_

Ce dont il a peur (s'il y a lieu): \_\_\_\_\_

Quels sont les forces et les talents de l'enfant : \_\_\_\_\_

**AUTRES INFORMATIONS**

ÉCOLE : \_\_\_\_\_ NIVEAU SCOLAIRE : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENSEIGNANT(E): \_\_\_\_\_

Est-ce que l'enfant reçoit un encadrement particulier à l'école? Si oui, lequel?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*En cochant cette case, j'autorise le personnel du Service des loisirs, de la culture et de la vie communautaire à communiquer avec le professeur de mon enfant et les professionnels qui le supportent afin d'échanger de l'information sur mon enfant et de compléter nos documents d'avis de l'enseignant et du professionnel pour permettre une meilleure évaluation individuelle et pour connaître les besoins et capacités de celui-ci.*

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_