



Association québécoise pour le loisir
des personnes handicapées

BANQUE DE QUESTIONS

Vers une intégration réussie Évaluation des demandes



Table des matières

Table des matières	1
Légende	2
Portrait.....	3
1. Activités.....	8
Niveau de soutien	10
Comportement.....	17
Interventions	22
1. Base	22
2. Outils	23
Expérience d'intégration.....	24
Jumelage.....	26
Autorisation.....	28
1. Communication.....	28
2. Général.....	32
3. Soins d'hygiène	33
Appellations diverses.....	34

Légende



Les informations recueillies par ce type de question peuvent servir pour **former** l'accompagnateur en fonction de certains contextes



Les informations peuvent être pertinentes pour le **jumelage** de l'enfant avec un autre enfant ou avec un accompagnateur, s'il-y-a lieu



Les questions sont posées de façon **positive** que sur les comportements dérangeants



Les informations demandées peuvent être utilisés pour **planifier** la programmation



Cette question permet d'avoir un portrait plus **complet** ou d'aller chercher une **information complémentaire** par la suite



Coup de cœur

Portrait



PERSONNALITÉ DU JEUNE

Plusieurs réponses possibles

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Sociable
- Timide
- Actif
- Calme
- Autre : _____

Source : Ville de Gatineau



Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?

Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :

Ses pairs

Les détenteurs d'autorité
(parents, professeurs)

Les nouvelles personnes

Source : Ville de Varennes



Quels sont les meilleures façons d'encourager/motiver votre enfant?

Inscrivez les renforcements positifs utilisés à la maison ou à l'école que nous pourrions utiliser au camp de jour.

Source : Ville de Mirabel



BESOINS PARTICULIERS

Notre camp souhaite bien intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations au sujet de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camps réussie. Merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins en annexe.

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers pour favoriser sa bonne participation au camp? Oui Non

Si oui, lesquels :

- Consignes simples
- Horaire régulier, stabilité, routine
- Personne de référence, besoin de soutien dans la résolution de conflits
- Conséquences prévisibles
- Besoin de moments calmes et paisibles
- Besoin d'un encadrement personnalisé
- Autre : _____

Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins : Oui Non

Nom : Téléphone :

Source : URLS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine



Comment pouvons-nous bien soutenir l'enfant pendant les transitions entre les activités?

Pendant combien de temps l'enfant participe-t-il activement à une activité?

5 min. 10 min. 20 min. 30 min. 45 min. et plus

Source : YMCA



Comment votre enfant réagit-il avec :

Les autres enfants :

Les détenteurs de l'autorité :

Les étrangers :

Source : Ville de Mirabel



AUTRES



L'enfant a-t-il des besoins d'une aide flottante pour se baigner?

Oui Non

L'enfant est-il habile à vélo? Oui Non

Source inconnue

Goûts et intérêts



Est-ce que l'enfant a des réserves pour certaines activités?

Oui Non

Si oui, précisez lesquelles :

Source : Camps Richelieu



GOÛTS ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT



Quels sont les intérêts et activités préférées de l'enfant?

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?



Source : Ville de Varennes

1. ACTIVITÉS



Activité(s) préférée(s) :

Activité(s) pouvant poser problème :

Source : Ville de Gatineau



Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de camps de jour?

Oui Non


Si oui, précisez :

Source : Ville de Québec



Ses activités préférées sont :

Les activités que votre enfant aime le moins* :

*Comme les enfants sont intégrés aux groupes, les activités pour lesquelles l'enfant a moins d'intérêt ne seront pas évitées, ni annulées. Cependant, des mesures préventives et des moyens pour encourager et faciliter sa participation pourront être mis en place. 

Source : Ville de Mirabel

Niveau de soutien



COMMUNICATION

Langage utilisé

- Parlé Non verbal Gestuel
 Un appareil de communication (tableau blisss ou autres)

Précisez :



COMPRÉHENSION

- Votre enfant se fait comprendre Oui Non
Votre enfant comprend Oui Non

Précisez :



ALIMENTATION

Votre enfant a besoin d'aide pour :

- Manger Oui Non
Boire Oui Non
Diète spéciales Oui Non

Problème(s) rencontré(s) :

HABILLAGE

Votre enfant a besoin d'aide pour d'habiller

- Oui Non

Précisez :

SOINS PERSONNELS

Votre enfant a besoin d'aide pour

- Hygiène personnelle Aller aux toilettes Incontinence

Autre(s) :

Précisez :

DÉPLACEMENTS

Votre enfant se déplace :

- | | | |
|---------------------|--|------------------------------------|
| À l'intérieur | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| À l'extérieur | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| En fauteuil roulant | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| | Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> | |
| Autres appareils | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |

Précisez :

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur : Oui Non

Si oui, nature des problèmes :

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gavage | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Allergie sévère | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque |

Autre(s) :

Action(s) requise(s) :

PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Votre enfant a des problèmes de comportement : Oui Non

Si oui, nature des problèmes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même | <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres |
| <input type="checkbox"/> Opposition régulière | <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Problème de fugue |

Autre(s) :

Précisez :

INTERVENTIONS PARTICULIÈRES DE L'ACCOMPAGNATEUR

Interventions requises par l'accompagnateur :

- Rappel des consignes Stimulation à la participation
- Aide à l'orientation Aide au transfert (fauteuil roulant)
- Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture
- Autre(s) :
- Aide aux transitions :

Précisez :

MÉDICATION

Votre enfant prend-il un ou des médicaments? Oui Non

Si oui, spécifiez-le(s) nom(s) du ou des médicaments et le(s) motifs(s)

Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide :

Oui Non

Source inconnue



COMPRÉHENSION

L'enfant se fait comprendre :

Facilement Bien, avec attention Difficilement

L'enfant comprend :

Facilement Bien, avec attention Difficilement

HABILLAGE

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller : Oui Non

COMMUNICATION - LANGAGE UTILISÉ

Parlé Gestuel Non verbal Appareil de communication*

*Précisez :

ALIMENTATION

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Manger Oui Non

Boire Oui Non

Diète spéciale Oui Non

Autre(s) :

DÉPLACEMENTS

L'enfant se déplace :

À l'intérieur Seul Avec aide

À l'extérieur Seul Avec aide

En fauteuil roulant Seul Avec aide

Autre aide à la mobilité Seul Avec aide

SOINS PERSONNELS

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Hygiène personnelle Aller aux toilettes Incontinence

Autre(s), spécifiez :

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

Situations	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
AUTONOMIE					
Habillement (ex : se vêtir, attacher ses souliers, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (sac à dos, boîte à lunch, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités de motricité fine (bricolage, manipulations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sport, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



AUTONOMIE DE L'ENFANT

(Veuillez répondre à tous les questions)



Communication (langage utilisé)

- parlé non verbal gestuel
 appareil de communication (tableau bliss ou autres)

Compréhension

- L'enfant se fait comprendre facilement difficilement
 L'enfant comprend facilement difficilement

Soins personnels

- L'enfant a besoin d'aide pour :
 aller à la toilette
 incontinence, changement de couches
 ses soins personnels

Autres (précisez) :



Alimentation L'enfant a besoin d'aide pour manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non L'enfant a besoin d'aide pour boire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Diète spéciale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Problèmes rencontrés : <input type="text"/>	Problèmes de santé particuliers L'enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez la nature des problèmes : <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> problème respiratoire grave <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> problème cardiaque <input type="checkbox"/> allergie sévère <input type="checkbox"/> autres : <input type="text"/>
Habillement L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de comportement L'enfant a des problèmes de comportement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez la nature des problèmes : <input type="checkbox"/> agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> opposition régulière <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> problème de fugue <input type="checkbox"/> autres : <input type="text"/>
Déplacements L'enfant se déplace à l'intérieur <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide L'enfant se déplace à l'extérieur <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide L'enfant se déplace en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ne s'applique pas L'enfant se déplace avec d'autres appareils <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ne s'applique pas	

Source : Ville de Sorel



Pour communiquer avec l'enfant, nous utilisons :

Plusieurs réponses possibles

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

- Phrases complètes
- Phrases de 2-3 mots
- Mots simples
- Langue des signes québécoise (LSQ)
- Gestes ou mains animées
- Objets pointés
- Photos ou pictogrammes
- Aide technologique (tablette, téléphone)
- Autre(s) :

Pour communiquer, mon enfant utilise :

Plusieurs réponses possibles

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

- Phrases complètes
- Phrases de 2-3 mots
- Mots simples
- Langue des signes québécoise (LSQ)
- Gestes ou mains animées
- Pointe ce qu'il veut
- Sons
- Nous amène vers ce qu'il veut
- Cahier PECS, photos, images ou pictogrammes
- Aide technologique (tablette, téléphone)
- Autre(s) :

Source : Ville de Gatineau



COMPRÉHENSION

Une seule réponse possible par ligne
Marquez un seul carré par ligne



	Facilement	Moyennement (seulement par ses proches)	Difficilement
Le jeune se fait comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jeune comprend les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Ville de Gatineau



Quel est le niveau d'autonomie de votre enfant pour réaliser les actions suivantes :

Une seule réponse possible par ligne
Marquez un seul carré par ligne



	Seul(e)	Avec supervision	Avec aide physique (main sur main ou faire avec ou à la place du jeune)
S'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter et descendre un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher dans le sable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer sur un terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre de la crème solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se vêtir pour aller à la piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se baigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Ville de Gatineau

Comportement



PORTRAIT DE L'ENFANT

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement

Oui Non

Si oui, nature des problèmes

- Agressivité envers lui-même Agressivité envers les autres
 Opposition régulière Opposition occasionnelle
 Anxiété Problème de fugue
 Autre, spécifiez :

Interventions à privilégier :

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

Votre enfant adopte-t-il les comportements suivants?

Comportements	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Interventions privilégiées selon le comportement
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilise un langage inapproprié (insulte, blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opposition aux consignes et règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

S'éloigne du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à gérer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N'aime pas être touché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



COMPORTEMENTS

Tendance à se **sauver** : Oui Non

Dans quelle circonstance :

Interventions à privilégier : 

Tendance à être **agressif** : Oui Non

Dans quelle circonstance :

Interventions à privilégier :

Tendance à **s'opposer** : Oui Non

Dans quelle circonstance :

Interventions à privilégier :

Tendance à **faire des crises** : Oui Non

Nature de la crise (*cris, coups, etc.*) :

Dans quelle circonstance :

Interventions à privilégier :

Source inconnue



A-t-il tendance à faire des crises? Oui Non

Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)? 

Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?

A-t-il des phobies et/ou peurs? Oui Non

Si oui, lesquelles et comment intervenir à ce sujet?
(ex : insectes, eau, vertige, etc.)

A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide
ou à amorcer une conversation? Oui Non

S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités,
expériences? Oui Non

Source : Ville de Varennes



ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?

Comportements	Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De quelle façon l'accompagnateur doit intervenir en présence de l'un de ces comportements?

Source : Ville de Québec



COMPORTEMENT ET SÉCURITÉ

Comment pouvons-nous bien soutenir l'enfant si une situation stressante survient? 

L'enfant présente-t-il des comportements problématiques sous une forme ou une autre (peut s'enfuir, se cacher, frapper, être agressif, etc.)?

Oui Non

Si oui, veuillez nous indiquer les déclencheurs potentiels, ainsi que la meilleure façon de soutenir l'enfant :

Source : YMCA



L'enfant a-t-il des obsessions ou des manies qui pourraient nuire à sa participation? Oui Non



Si oui, précisez :

Est-ce que l'enfant comprend la notion de danger?? Oui Non

Source : YMCA

Interventions

1. BASE



Interventions particulières de l'accompagnateur

- Rappel des consignes
- Diminution de l'anxiété
- Aide à l'orientation
- Assistance pour aller chercher du matériel ou nourriture
- Aide aux transitions
- Stimulation à la participation
- Horaire et gestion du temps
- Soins d'hygiène et de santé
- Autre(s), spécifiez :

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



Interventions particulières de l'accompagnateur

Précisez les interventions requises :

- Rappel des consignes
- Aide à l'orientation
- Adaptation des jeux pour faciliter la compréhension
- Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture
- Aide aux transitions (précisez) :
- Stimulation à la participation
- Aide au transfert (fauteuil roulant)

Autre(s) :

Source : Ville de Sorel



INTERVENTIONS

L'accompagnateur doit :

- Rappeler les consigne
- L'aider à s'orienter
- L'assister pour aller chercher du matériel et de la nourriture
- Autre(s):
- Le stimuler à la participation
- L'aider dans les transitions

Commentaires (toutes suggestions d'interventions sont utiles pour rendre l'expérience de votre enfant la plus agréable possible)

Source : Ville de Mirabel

2. OUTILS



Veillez sélectionner les outils utilisés pour faciliter l'intégration du jeune :

Plusieurs réponses possibles

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

- Aucun
- Coquilles de protection acoustique
- Horaire personnalisé
- Indicateur de temps (Time Timer)
- Outils technologiques
- Pictogrammes
- Tableau de communication
- Tableau de récompenses
- Autre(s):

Source : Ville de Gatineau

Expérience d'intégration



L'enfant fréquente présentement l'école : Oui Non

Si oui, le nom de l'école :

Si oui, est-il dans une classe régulière : Oui Non

S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe :

_____ intervenant(s) / _____ enfants
Nb Nb

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période des mois de septembre à mai?

Non

Oui Précisez l'activité : _____

Si oui, bénéficie-t-il des services d'accompagnement pour participer à cette activité : Non Oui

Source : Ville de Québec



EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp?

	Nom de l'établissement :	Dernière année de fréquentation :
<input type="checkbox"/> Camp de jour	_____	_____
<input type="checkbox"/> Camp de vacances	_____	_____

Est-ce que votre enfant a fréquenté un camp de jour l'année dernière?

Non

Oui, précisez lequel : _____

Source inconnue



HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT ET DIAGNOSTIQUE DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'année passée?

Non

Oui Avec quel organisme : _____

Bénéficiait-il d'un accompagnement? Oui Non

Si oui, avec quel ratio : _____

Source : Ville de Québec



Veillez sélectionner les endroits que votre enfant a déjà fréquentés et l'expérience qu'il a vécue :

Une seule réponse possible par ligne

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

	Aucune expérience	Expérience positive	Expérience moyenne (peu positive)	Expérience difficile
CPE ou garderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe scolaire ou spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement en classe régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe régulière (sans accompagnement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camp de jour spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camps de jour régulier (avec accompagnement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camps de jour régulier (sans accompagnement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités parascolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de garde scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Ville de Gatineau

Jumelage



BESOINS EN ACCOMPAGNEMENTS

Est-il possible de jumeler l'enfant avec un autre jeune? Oui Non

Ratio recommandé :

1 pour 1 : L'enfant ne peut pas être jumelé avec un autre enfant. Ses besoins nécessitent que l'accompagnateur soit en soutien constant.

1 pour 2 : L'enfant peut être jumelé avec un autre enfant. L'accompagnateur doit apporter un soutien continu, mais peut partager son temps entre les 2.

1 pour 3 : L'enfant a besoin d'une surveillance et d'un encadrement dans les activités du camp de jour pour bien s'intégrer. Il peut être jumelé avec 2 autres enfants.

Commentaires :

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste



Recommandation :

*Les CAMPS de jour du YMCA peuvent comprendre des activités en grand groupe ou bruyantes, plusieurs visites dans des parcs locaux ainsi que des sorties occasionnelles. Selon votre opinion professionnelle, de quelle sorte de soutien l'enfant aurait-il besoin afin de participer de manière sécuritaire au camp de jour du YMCA cet été :

- Peut partager un accompagnateur
- A besoin de son propre accompagnateur
- N'a pas besoin d'un accompagnateur

Source : YMCA



ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur? Oui Non

Au meilleur de votre connaissance, quelle est la ration d'encadrement qui lui convient? 1/1 1/2 1/3

Autre :

Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année scolaire?

Oui Non

Est-ce que votre enfant fréquente un classe réduite (8 élèves)?

Oui Non

Source : Ville de Varennes



Possibilité de jumelage avec un autre enfant (ex : un accompagnateur pour deux enfants): Oui Non

Si vous avez répondu non, expliquer-nous pourquoi :

Source : Ville de Mirabel

Autorisation

1. COMMUNICATION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRE	
Identification des renseignements pouvant être communiqués et transmis :	
<ul style="list-style-type: none">Plan d'intervention adapté;Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;Renseignements concernant sa routine;Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités	Nom de l'école : _____
	<input type="checkbox"/> Directeur de l'école _____
	Nom _____ No de téléphone _____
	<input type="checkbox"/> Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives _____
	Nom _____ No de téléphone _____
	<input type="checkbox"/> Autre _____
	Nom _____ No de téléphone _____

AUTORISATION	
En considération de ce qui précède, j'autorise les représentants des organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 2018.	
Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 31 août 2018.	
_____	_____
Signature du parent	date

CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION

Source inconnue

La personne est suivie par un professionnel (intervenant, éducateur spécialisé, travailleur social, etc.) Oui Non

Nom : _____

Profession : _____

Téléphone : _____

Permission de communiquer avec le ou les professionnels au besoin

Oui Non

Signature : _____

Source : Conseil sport et loisir de l'Estrie

6. SERVICES ACTUELS – RESSOURCES DE L'ENFANT

Il est important d'inscrire le nom et les coordonnées complètes du ou des intervenant(s) qui suivent ACTUELLEMENT votre enfant.

Intervenant(s)	CRDI	CIUSSS MCQ	Centre jeunesse	Interval	Autre (précisez)	École (précisez)
Nom du professionnel :						
Titre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone avec n° poste :						
Nom du professionnel :						
Titre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone avec n° poste :						
<input type="checkbox"/> Mon enfant n'est suivi par aucun intervenant						

En considérant ce qui précède, j'autorise les représentants du Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste (CCRSJB) à communiquer avec les intervenants œuvrant auprès de mon enfant afin d'avoir de plus amples renseignements et à l'informer du déroulement du camp si nécessaire.

J'ai lu et j'accepte les informations mentionnées ci-haut

Signature

Date

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste

ÉCHANGE D'INFORMATIONS ET CONTACT AVEC LES INTERVENANTS

Autorisation de communication d'information

En cochant « **Oui, je consens aux éléments nommés dans l'autorisation de communication d'information** », vous autorisez les membres des établissements suivants :

- Établissement du CISSSO - Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais
- Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais
- Commission scolaire des Draveurs
- Commission scolaire au Cœur-des-Vallées
- Centre de pédiatrie sociale de Gatineau
- Centre de pédiatrie sociale du Vieux-Hull
- CENO - Clinique d'évaluation neuropsychologique de l'Outaouais
- Trait- d'Union Outaouais

à présenter au comité d'évaluation des besoins pour le programme d'accompagnement les renseignements pertinents pour évaluer, soutenir et

encadrer la participation au programme de camps de jour de l'enfant (nom mentionné au point 1.1 de ce présent formulaire).

Vous autorisez la Ville de Gatineau à divulguer les renseignements pertinents et nécessaires pour faciliter l'intégration du jeune à l'équipe d'accompagnateurs et d'animateurs qui seront en contact avec lui.

De plus, vous certifiez que les informations transmises dans ce formulaire sont exactes.

En cochant « **Non, je ne consens pas aux éléments nommés dans l'autorisation de communication d'informations** », votre demande pour le programme d'intégration sera automatiquement **refusée**.

Source : Ville de Gatineau

Veillez inscrire le nom des intervenants (intervenant pivot, psychologue, enseignant, éducateur spécialisé, travailleur social, etc.) à contacter afin de nous aider à évaluer les besoins de soutien de votre enfant.

Pour faciliter la lecture des informations, veuillez les inscrire ainsi :

1. Nom complet de l'intervenant/poste et lieu de travail/numéro de téléphone ou courriel.

Exemple : Jane Doe/éducatrice spécialisée à l'école Imaginaire/450-111-2345

*** Ces personnes doivent connaître l'enfant depuis au moins trois mois ***

Source : Ville de Gatineau

Afin de compléter l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp _____ à contacter les intervenants suivants :

Organisme (CISSS, école, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

Source : URLS Gaspésie Îles-de-la-Madeleine

Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de jour de la Ville de Varennes à Contacter les intervenants suivants :

Organisme (CRDI, CISSS, école, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

Source : Ville de Varennes

Partenaires :

Veillez indiquer les autres professionnels qui travaillent avec votre enfant, dont le professionnel qui remplira la partie *Analyse des besoins* de ce formulaire*. Le YMCA attache de l'importance à collaborer avec d'autres professionnels afin d'offrir la meilleure expérience possible aux campeurs participant à notre programme d'inclusion. Nous contacterons ces partenaires uniquement si nous avons besoin de plus d'informations concernant un comportement ou une intervention en particulier, ou si nous avons besoin d'aide supplémentaire au cours de l'été afin de favoriser la bonne participation de votre enfant.

Nom du professionnel	Profession	Courriel et/ou numéro de téléphone
*		

Je, soussigné(e), _____, en tant que mère père tuteur ou tutrice de
(Nom en lettres moulées)

_____, autorise le(s) professionnel(s) mentionné(s) ci-dessus à transmettre aux
(Nom de l'enfant)

Source : YMCA

2. GÉNÉRAL

AUTORISATIONS ET SIGNATURE DU RÉPONDANT

** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation **

Je déclare que les renseignements fournis dans ce présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le CCRSJB se réserve le droit de considérer la demande non admissible.	
Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je m'engage à les autoriser à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.	
J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du camp d'intégration à échanger les informations entre elles et à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.	
Je m'engage à respecter la décision du CCRSJB.	
Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant en camp de jour.	
Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.	
Signature et date :	
Nom complet en lettres majuscules :	Lien avec l'enfant :

Source : Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste

SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT OU TUTEUR

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du programme à l'intégration.

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le comité d'évaluation se réserve le droit de considérer la demande non admissible

Je confirme que le bien-être de mon enfant a été pleinement considéré.

J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du Programme de soutien à la participation à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

Je m'engage à respecter la décision du comité d'évaluation.

Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour.

Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.

Signature	Date
-----------	------

Source : Ville de Québec

3. SOINS D'HYGIÈNE

Si oui, acceptez-vous que l'accompagnateur entre dans la toilette avec votre enfant afin de l'aider? Oui Non

Commentaires :

Source : Ville de Mirabel

Appellations diverses



« Évaluation des mesures à mettre en place pour faciliter la participation de l'enfant »

Source : Ville de Québec



« Pour mieux apprendre à connaître votre enfant »

Source : Ville de Mirabel



« Quelles sont vos attentes pour cet été? »

Source : Ville de Mirabel