



PROGRAMME D'INTÉGRATION

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

NOUVELLE DEMANDE – MON ENFANT N'A JAMAIS PARTICIPÉ AU CAMP ANIMA-JEUNES ET À DES BESOINS PARTICULIERS.

Date limite : 2 mars 2026

Toutes les informations fournies dans le cadre de ce programme demeureront strictement confidentielles. Elles permettront à votre enfant de vivre une intégration réussie au camp de jour Anima-Jeunes.

En cas de participation au camp, seules les informations pertinentes seront partagées avec son animateur et son supérieur immédiat pour garantir des interventions adéquates.

Important

- Cette fiche ne constitue pas une inscription officielle. L'inscription devra se faire à partir du 13 avril 2026, comme pour tous les autres enfants.

Critères d'éligibilité

Pour être admissible au programme d'intégration, l'enfant doit :

1. Vivre avec une situation de handicap ou avoir des besoins particuliers.
2. Avoir l'intérêt et la capacité de participer à la majorité des activités de son groupe, avec l'aide d'un accompagnateur.

Évaluation des demandes

Satisfaire aux critères ne garantit pas l'accès au programme. L'équipe du camp évaluera les besoins de l'enfant pour déterminer si le programme peut offrir un soutien adapté à une expérience d'intégration positive et sécuritaire.

Soumission du formulaire

- Date limite : 16 février 2026.
- Mode d'envoi : par courriel à servicescommunautaires@coteau-du-lac.com

Note : toute demande soumise après cette date pourrait être refusée. Assurez-vous de compléter et de retourner le formulaire dans les délais pour permettre une évaluation adéquate.

Veillez cocher les semaines que votre enfant viendra au camp de jour :

Semaines	1	2	3	4	5	6	7	8
Dates	29 au 3 juillet Fermé 1 ^{er} juillet	6 au 10 juillet	13 au 17 juillet	20 au 24 juillet (construction)	27 au 31 juillet (construction)	3 au 7 août	10 au 14 août	17 au 21 août

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Date de naissance :	
Nom de famille :		Niveau scolaire terminé au 25 juin 2026	

<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité
	Précisions :
<input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale	<input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression
	Précisions:
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> Séparation <input type="checkbox"/> Trouble de panique
	<input type="checkbox"/> Phobie spécifique - Précisions :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité
	Précisions :
<input type="checkbox"/> Santé particulière	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Allergie sévère
	Autres :
<input type="checkbox"/> Autre(s)	Précisions :

ACCOMPAGNEMENT DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier à l'école ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type de suivi a-t-il ? <i>(Ex. : orthopédagogue, orthophoniste, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée, etc.)</i>	
Veuillez indiquer les informations concernant l'établissement scolaire de votre enfant : <ul style="list-style-type: none"> • Nom de l'école : _____ • Niveau scolaire : _____ • Classe ou programme spécifique (si applicable) : _____ 	
Est-ce que votre enfant est dans une classe spécialisée durant l'année scolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur en tout temps durant l'année scolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type d'accompagnement a-t-il ?	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3

SITUATION DE SANTÉ

Cochez les situations de santé qui s'appliquent à votre enfant :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.	
<input type="checkbox"/> Asthme		
<input type="checkbox"/> Constipation		
<input type="checkbox"/> Diarrhée		
<input type="checkbox"/> Eczéma		
<input type="checkbox"/> Insomnie		
<input type="checkbox"/> Mal des transports		
<input type="checkbox"/> Maux de tête / migraines fréquentes		
<input type="checkbox"/> Menstruations		
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements		
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes		
<input type="checkbox"/> Incontinence		
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques		
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés		
<input type="checkbox"/> Saignement de nez		
<input type="checkbox"/> Sinusites		
<input type="checkbox"/> Somnambulisme		
<input type="checkbox"/> Autre (s)		
A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date :	Raisons :	
Effets :		

A-t-il déjà eu des blessures graves ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maladies chroniques ou récurrentes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p>Vue :</p> <p><input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche</p>
<p>Audition :</p> <p><input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles)</p> <p><input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement</p>

ATTITUDE ET COMPORTEMENTS

Veillez cocher les comportements applicables à votre enfant afin de mieux orienter l'accompagnement :

Comportements	Veillez décrire dans quels contextes les comportements identifiés ont tendance à surgir.	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)	Pour chaque comportement identifié, veuillez indiquer la fréquence à laquelle il se manifeste :
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Anxiété			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Automutilation			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Difficulté avec les transitions d'activités			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Difficulté à déroger de ses routines habituelles			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer les situations imprévues			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Fugues			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment

<input type="checkbox"/> Inconfort tactique (n'aime pas être touché)			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Tendance à faire des crises			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Mord			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Crache			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Frappe			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Bouscule			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Crie			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment
<input type="checkbox"/> Intolérance au bruit			<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Fréquemment

DEGRÉ D'AUTONOMIE

Cochez le degré d'autonomie qui s'applique.		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compréhension des consignes	<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"/>
	Veuillez cocher les outils ou méthodes de communication que votre enfant utilise régulièrement : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation	<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"/>
	Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité fine l'enfant peut : (Bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au niveau de la psychomotricité, l'enfant peut : <input type="checkbox"/> Attraper un ballon <input type="checkbox"/> Courir pendant une certaine période <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux d'équipe Informations supplémentaires concernant la psychomotricité :				
	Au niveau de la sensibilité aux stimulus extérieurs, l'enfant peut : <input type="checkbox"/> Être dans la foule <input type="checkbox"/> Participer à une activité où il y a beaucoup de bruit <input type="checkbox"/> Participer à une activité ayant des effets surprises (jeu pouvant occasionner un sursaut) Informations supplémentaires :				
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Précisez : (Cathéter, couches, etc.)				
	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels (Ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<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"/>
Éviter les situations dangereuses (Conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Déplacements	Sur le site du camp/courts déplacements :	En sortie/longues distances :	
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/> Identique	<input type="checkbox"/> Différent :
	<input type="checkbox"/> Canne/béquilles	<input type="checkbox"/> Identique	<input type="checkbox"/> Différent :
	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Identique	<input type="checkbox"/> Différent :
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> Identique	<input type="checkbox"/> Différent :
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée	<input type="checkbox"/> Identique	<input type="checkbox"/> Différent :
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)	<input type="checkbox"/> Identique	<input type="checkbox"/> Différent :
Méthodes de transfert (si besoin) :			
<input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes		<input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne	
<input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support)		<input type="checkbox"/> Transfert au même niveau	
Autre :			
Autres :			
<input type="checkbox"/> Orthèses tibiales		<input type="checkbox"/> Orthèses poignets	<input type="checkbox"/>
CorsetAutre :			

FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Veuillez indiquer les activités, sujets ou loisirs que votre enfant apprécie particulièrement :	
---	--

RELATION AVEC LES AUTRES

Comment interagit-il avec :

Ses pairs ?	
Les détenteurs d'autorité ?	
Les nouvelles personnes ?	

MOTIVATION

Sur une échelle de 0 à 3 (3 étant le plus élevé) quel est le niveau de motivation de votre enfant à participer au camp de jour cet été?

3 2 1 0

AUTRES INFORMATIONS

Quels sont les meilleurs moyens ou mesures pour faciliter sa participation ?

Quels sont les meilleurs moyens ou outils pour faciliter son autonomie ?

Est-ce qu'il y aurait une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de votre enfant à une journée régulière de camp de jour ? (Par exemple une sortie, baignade), si oui précisez :

Quels sont les moyens/stratégies à privilégier pour limiter et contrôler des situations de désorganisation? (Si applicable)

SERVICES ACTUELS – SANTÉ ET RÉADAPTATION

Bénéficiez-vous un service offert par l'une des organisations suivantes :

SRSOR Centre jeunesse CRDI CLSC
 Autre – spécifiez :

Intervenant à contacter pendant la période estivale :

Téléphone :

Courriel :

Autorisez-vous la Ville de Coteau-du-Lac à communiquer avec l'intervenant mentionné ci-haut à des fins de consultation pour l'intégration de votre enfant?

Oui Non

Autres ressources, si besoin :

SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

Prénom, nom

Signature

Date