



# 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 : 28 février 2025**

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 28 avril 2025, 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 : 28 février 2025.
- Mode d'envoi : par courriel à [servicescommunautaires@coteau-du-lac.com](mailto: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	9
Dates	25 au 27 juin (3 jours)	30 au 4 juillet (fermé 1er juillet)	7 au 11 juillet	14 au 18 juillet	21 au 25 juillet construction	28 juillet au 1er août construction	4 au 8 août	11 au 15 août	18 au 22 août

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Date de naissance :	
Nom de famille :		Âge au 25 juin 2025 :	

### IDENTIFICATION DU PARENT / TUTEUR RÉPONDANT

Prénom et nom :		Téléphone :	
Adresse (ville) :		Courriel :	



<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. : orthopédaogogue, 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"> <li>• <b>Nom de l'école :</b> _____</li> <li>• <b>Niveau scolaire :</b> _____</li> <li>• <b>Classe ou programme spécifique (si applicable) :</b> _____</li> </ul>	
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

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

## ATTITUDE ET COMPORTEMENTS

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

Comportements	Veuillez 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
<b>Communication</b>	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				
<b>Participation aux activités</b>	Stimulation à la participation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les adultes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les autres enfants		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonctionnement en groupe		<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"/>
	<b>Au niveau de la psychomotricité, l'enfant peut :</b>				
	<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 :				
	<b>Au niveau de la sensibilité aux stimulus extérieurs, l'enfant peut :</b>				
<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 :					
	Habillage (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"/>

		Sur le site du camp/courts déplacements :	En sortie/longues distances :	
		<b>Déplacements</b>	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/> Identique
<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 :	
<b>Méthodes de transfert (si besoin) :</b>				
<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) niveauAutre :		<input type="checkbox"/> Transfert au même		
<b>Autres :</b>				
<input type="checkbox"/> Orthèses tibiales		<input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset		
<b>Autre :</b>				

### 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

Prénom et nom :

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