

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Le responsable de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour* notamment pour connaître les critères d'admissibilité et l'offre de service. Le formulaire d'évaluation des besoins doit être transmis à l'adresse suivant : campdejour@ville.saint-remi.qc.ca au plus tard le **6 mars 2026**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues. Un courriel sera acheminé par la suite confirmant la réception du formulaire.

1. SECTION RÉSERVÉE AUX SERVICES DES LOISIRS DE LA MUNICIPALITÉ

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Reçu et validé par : _____ | Date d'entrée : _____ Heure d'entrée : _____ | Formulaire lisiblement complété <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
|----------------------------|---|--|

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE L'ENFANT ET SON RESPONSABLE

| | | | |
|---|---|-----------------------------|--|
| Nom de l'enfant _____ | | Prénom _____ | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) _____ | | | |
| Ville _____ | Province _____ | Code postal _____ | Téléphone _____ |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) _____ | | Âge (au 30 septembre) _____ | Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Parent 1 – Nom du parent ou responsable _____ | Prénom _____ | Lien avec l'enfant _____ | |
| Téléphone (résidence) _____ | Cellulaire _____ | Courriel _____ | |
| Parent 2 – Nom du parent ou responsable _____ | Prénom _____ | Lien avec l'enfant _____ | |
| Téléphone (résidence) _____ | Cellulaire _____ | Courriel _____ | |
| L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> ses deux parents <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> autres (précisez) : _____ | | | |
| L'enfant fréquente présentement l'école ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Si oui, quel est le nom de son école _____ | | |
| Si oui, est-il dans une classe régulière ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Quels sont les services offerts par l'école (ex : heures TES en 1/1, ratio classe plus petit) : Services et fréquences _____ | | |

3. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

| | | |
|---|---|--|
| Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, répondre aux autres questions de la section) | Quel camp de jour fréquentait-il? _____ _____ | Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
|---|---|--|

Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé? Non Oui, précisez :

4. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic

Non Oui

(si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la section 5)

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic

Non Oui

5. INTERVENANT(S) DE L'ENFANT (ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ, TRAVAILLEUR SOCIAL, PSYCHOLOGUE, ETC.)

| Intervenant(s) | Écoles (précisez) | Autres (précisez) |
|--|-------------------|-------------------|
| Nom du professionnel _____ | _____ | _____ |
| Titre _____ | _____ | _____ |
| Téléphone (incluant le # de poste) _____ | _____ | _____ |
| Nom du professionnel _____ | _____ | _____ |
| Titre _____ | _____ | _____ |
| Téléphone (incluant le # de poste) _____ | _____ | _____ |

Aucun intervenant ne suit mon enfant

6. NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) | <input type="checkbox"/> Autisme léger <input type="checkbox"/> Autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> TED non spécifié | <input type="checkbox"/> Autisme moyen | <input type="checkbox"/> Autisme sévère |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | <input type="checkbox"/> Fine <input type="checkbox"/> Globale <input type="checkbox"/> Fine et globale Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) | <input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale | Précisez : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale | <input type="checkbox"/> Opposition | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité |
| <input type="checkbox"/> Santé particulière (allergies sévères, épilepsie, diabète) | Précisez : _____ _____ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes | Précisez : _____ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autres | Précisez : _____ _____ _____ _____ _____ | | |

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

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

Veuillez cocher le chiffre correspondant aux énoncés suivants : **1 (jamais) / 2 (rarement) / 3 (parfois) / 4 (fréquemment) / 5 (toujours)**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mord | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frappe | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème) | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'éloigne du groupe (fugue) | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intolérance au bruit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à gérer les imprévues | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inconfort tactile (n'aime pas être touché) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éveil sexuel | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres comportements ou attitudes de l'enfant | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | |

9. ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :
Veuillez cocher le chiffre correspondant aux énoncés suivant :

1 (aucune aide) / 2 (supervision verbale) / 3 (aide ponctuelle) / 4 (aide fréquente) / 5 (aide constante)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AUTONOMIE | | | | | |
| Habillement (se vêtir, attacher ses souliers) | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation (repas et collation) | <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 (boîte à lunch sac à dos, 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"/> |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 en groupe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activité de motricités fines (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activités de motricité globale (sports, jeux, psychomoteurs, ballons, 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"/> |

| DÉPLACEMENT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

| COMMUNICATION | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Compréhension des signes | <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"/> |

| AIDE À LA MOBILITÉ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utilisation d'un fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation d'une marchette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation d'une canne ou de béquilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| AIDE À LA COMMUNICATION | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utilisation de <input type="checkbox"/> pictogramme, <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 | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se faire comprendre par les autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. PARTICIPATION DE L'ENFANT À D'AUTRES ACTIVITÉS DE LOISIR PENDANT L'ANNÉE

| | |
|---|---|
| Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir? Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Durant ces activités, bénéficiait-il d'un soutien ou accompagnement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (personne-ressource/enfant) <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

14. L'ÉVALUATION DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (à remplir par le camp de jour si applicable)

| | |
|--|--|
| Le ratio pour l'enfant était de : _____ Le ratio pour l'enfant était adéquat <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Commentaires ou précisions sur le comportement du jeune : _____ _____ _____ _____ _____ |
|--|--|

*Ces informations demeureront confidentielles. Elles seront acheminées aux membres du comité d'évaluation des demandes d'intégrations du **Programme d'intégration des enfants des besoins particuliers en camp de jour**. De plus, seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions et de faire vivre à votre enfant une expérience de camp de jour réussie.*

15. HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

| SEMAINE | CAMP DE JOUR | SERVICE D'ACCUEIL PROLONGÉ | HEURES |
|----------------------------------|---|---|--------------------------------|
| Le 25 et 26 juin 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 29 juin au 3 juillet 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 6 au 10 juillet 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 13 au 17 juillet 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 20 au 24 juillet 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 27 juillet au 31 juillet 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 3 au 7 août 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |
| Du 10 au 14 août 2026 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir | Arrivée : _____ Départ : _____ |

16. ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT PAR UNE PERSONNE-RESSOURCE

Collecte de données à compléter par les personnes-ressources identifiées à la section 5 du **FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT**.

Objectif de la collecte de données :

Au moment de réaliser une demande au Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour, le responsable de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements. Dans le but de mieux répondre aux besoins de l'enfant, une évaluation par une personne-ressource autre que le parent nous permet de faire une continuité entre l'école, les services sociaux et le camp de jour. Votre expertise est essentielle afin de savoir si l'intégration au camp de jour, selon le programme qui est proposé, est l'alternative estivale qui convient aux besoins l'enfant. Pour de plus amples détails, nous vous invitons à consulter le programme afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature du service offert.

| 1. Identification de l'enfant | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Prénom et nom de l'enfant : _____ | | | | |
| Diagnostic (s'il y a lieu) : _____ | | | | |
| 2. Capacité de l'enfant à participer à une journée type de camp de jour | | | | |
| Activités | Capacité de l'enfant à participer à l'activité | | | Outils / interventions à privilégier |
| | Avec facilité | Avec difficulté | Aucune | |
| Rassemblement (grande foule, beaucoup de bruit, musique forte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ |
| Déplacements (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ _____ |
| Communications (expression de ses besoins et de ses émotions, gestion de relations avec les pairs et les adultes, communication verbale et non verbale, utilisation d'outils ou de signes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ _____ _____ |
| Jeux structurés (compréhension des règles du jeu, respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l'âge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ _____ _____ |
| Jeux sportifs (gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ _____ _____ |
| Bricolages (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ _____ _____ |
| Repas (demeurer assis au sol ou sur une chaise, autonomie, gestion de sa boîte à lunch) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ _____ _____ _____ |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Piscine ou jeux d'eau (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sorties (prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Quotidien au camp de jour (bouleversement à l'horaire, changement d'animateurs ou d'accompagnateurs exceptionnellement, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

3. Désorganisation

Comportements observables (fréquence, intensité, durée) _____

Intervention à privilégier _____

4. Proposition d'accommodements à mettre en place

Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en place pour que l'enfant puisse intégrer le camp de jour?

- Accompagnement en ratio réduit
 Aménagement physique
 Aide à la communication
 Horaire diminuée
 Aménagement matériel
 Autres, précisez : _____
 Demi-journée
 Transition

5. Recommandations

- Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante**
 Non Oui (si oui, passez à la question 4)
 L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant
 1/1 1/2 1/3
 L'accompagnement idéal serait réalisé par
 Une femme Un homme Sans importance
 L'enfant peut intégrer un groupe de
 Son âge Plus jeune Plus vieux

6. Commentaires pour soutenir vos recommandations

Utiliser le verso au besoin →

7. Signature de l'intervenant

Nom et prénom de l'intervenant : _____ Titre : _____

Organisation : _____ Téléphone et poste : _____

Courriel : _____ Date : _____

Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la ville de Saint-Rémi.

Initiales : _____

IMPORTANT

Cette section du « **Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant** » doit être remise au répondant de l'enfant, car elle fait partie intégrante de la demande qui doit être transmise au camp de jour de Saint-Rémi le **6 mars 2026 au plus tard**.

17. CONSENTEMENTS, AUTORISATION ET SIGNATURE DU RÉPONDANT

Renseignements importants

Le programme d'intégration vise à répondre aux besoins des enfants ayant des besoins particuliers en contexte de camp de jour afin de favoriser une expérience inclusive et de qualité adaptée aux capacités de l'enfant. Le programme offert n'est pas un service de ressources spécialisées et ne peut remplacer un camp spécialisé dans l'accueil des personnes ayant des besoins particuliers. Le programme permet de mettre en place des accommodements, sans toutefois, dénaturer l'offre de service du camp de jour. À la suite de l'analyse du dossier de votre enfant, une rencontre individuelle aura lieu avec la responsable du programme afin de mieux connaître vos attentes et besoins, ainsi que pour déterminer le type d'accompagnement et le ratio qui conviennent le mieux à votre enfant.

DÉCISION DU COMITÉ D'ÉVALUATION DES DEMANDES

Il revient au comité d'évaluation des demandes d'intégration de :

- décider si la demande d'intégration est justifiée et si un accompagnement est requis;
- décider du ratio d'accompagnement;
- dans la mesure du possible, d'offrir d'autres modalités d'accommodements lorsque l'accompagnement n'est pas approprié.

Veillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation

Initiales

| | | |
|---|--|----------------------|
| Je reconnais avoir pris connaissance des modalités du <i>Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour</i> . | | _____ |
| 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 comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début du camp de jour ou pendant la réalisation du camp de jour, la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse. | | _____ |
| J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnés aux sections 5 et 16 de 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. | | _____ |
| Nom de l'enfant _____ | Signature du répondant _____ | Date _____ |
| Nom du répondant _____ | Lien avec l'enfant _____ | |