

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT À BESOINS PARTICULIERS

Le formulaire doit être transmis à municipalité le **13 mai au plus tard**. Pour que la demande d'accompagnement soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

Tous les enfants présentant un besoin particulier, une limitation ou nécessitant un accommodement, même minime, doivent obligatoirement remplir cette fiche d'inscription. Cette démarche permet à la municipalité d'uniformiser le traitement des demandes, d'analyser chaque situation avec sérieux et d'assurer à tous les enfants un service adapté et sécuritaire lors de leur participation au terrain de jeux.

Chaque demande d'accommodement sera étudiée individuellement par un comité d'analyse composé de trois personnes. Ce comité évaluera la nature du besoin, les recommandations reçues et les ressources disponibles afin de déterminer l'accommodement le plus approprié. Une réponse officielle sera transmise aux familles d'ici le 21 mai, précisant l'acceptation de la demande, l'adaptation proposée au terrain de jeux, ou le refus dans certains cas exceptionnels. Cette procédure vise à offrir un environnement où chaque enfant peut s'épanouir pleinement tout en garantissant la sécurité de l'ensemble des participants

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son responsable

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province QC	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge (au 25 juin 2026) ans	Courriel
Parent 1 — Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Sexe de l'enfant F M
Parent 2 — Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel
L'enfant habite avec ☐ deux parents ☐ parent 1 ☐ parent 2 ☐ autre (précisez) :		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour : ☐ non ☐ Oui — si oui, quel est l'âge de cet (ces) enfant(s) :	
L'enfant fréquente présentement l'école Non ☐ Oui ☐	Si oui, quel est le nom de son école		
Si oui, est-il dans une classe régulière non ☐ Oui ☐	Quels sont les services offerts par l'école (ex. : heures TES en 1/1, ratio classe plus petit) : Service : Fréquence :		

2. Historique d'accompagnement

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé ? ☐ Non ☐ Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite)	Bénéficiait-il d'un accompagnement ? ☐ Non ☐ Oui
Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé ? ☐ Non ☐ Oui, précisez :	

3. Statut du diagnostic de l'enfant

Votre enfant est-il <u>en attente</u> 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 <u>reçu</u> un diagnostic ☐ Non ☐ Oui

4. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

	CIUSSS de Chaudière-Appalaches			Commission scolaire _____	
Intervenant(s)	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	☐	☐	☐		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Nom du professionnel	☐	☐	☐		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Aucun intervenant ne suit mon enfant : ☐					

5. Nature des limitations de l'enfant

☐ Déficience intellectuelle ☐ légère ☐ moyenne ☐ sévère Précisez :				
☐ Trouble du spectre autistique (TSA)	☐ autisme léger ☐ autisme de haut niveau ☐ asperger ☐ TED non spécifié	☐ autisme moyen	☐ autisme sévère	
☐ Déficience motrice ☐ fine ☐ globale ☐ fine et globale Précisez :				
☐ Déficience visuelle Précisez :				
☐ Déficience auditive Précisez :				
☐ Trouble du langage et de la parole ☐ expression ☐ compréhension ☐ mixte Précisez :				
☐ Trouble déficitaire de l'attention ☐ sans hyperactivité (TDA) ☐ avec hyperactivité (TDAH) Précisez :				
☐ Trouble de la santé mentale Précisez :				
☐ Trouble du comportement ☐ Opposition ☐ Anxiété ☐ Agressivité ☐ Passivité				
☐ Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) Précisez :				
☐ Peurs, phobies importantes Précisez :				
☐ Autre Précisez :				

6. 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	☐	☐	☐	☐
Crache	☐	☐	☐	☐

Frappe	☐	☐	☐	☐
Bouscule	☐	☐	☐	☐
Crie	☐	☐	☐	☐
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	☐	☐	☐	☐
Opposition aux consignes et aux règles	☐	☐	☐	☐
S'éloigne du groupe (fugue)	☐	☐	☐	☐
Brise le matériel	☐	☐	☐	☐
Intolérance au bruit	☐	☐	☐	☐
Éveil sexuel	☐	☐	☐	☐
Difficulté avec les transitions d'activités	☐	☐	☐	☐
Difficulté à gérer les situations imprévues	☐	☐	☐	☐
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	☐	☐	☐	☐
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	☐	☐	☐	☐
Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	☐	☐	☐	☐

7. Interventions privilégiées

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

8. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de camp de jour (ex. : durée de la journée [9 h à 16 h], sortie à l'extérieur du site de camp, etc.) ?

☐ Non ☐ Oui (si oui, précisez :)

9. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participera-t-il aux sorties à l'extérieur du camp de jour ?

☐ Non ☐ Oui

- Si oui, y'a-t-il des éléments à savoir pour la sécurité de l'enfant et des autres membres du camp de jour ?

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

☐ Non ☐ Oui

Si oui, quelle(s) activité(s) ?

Et auprès de quelle(s) organisation(s) ?

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement

☐ Non ☐ Oui

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement [animateur/enfant]

☐ 1/1 ☐ 1/2 ☐ 1/3 ☐ Autre :

10. Évaluation du degré de supervision

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

SITUATIONS	1. Aide constante	2. Aide fréquente	3. Aide ponctuelle	4. Supervision verbale	5. Aucune aide
1. Autonomie					
Habillage [ex. : se vêtir, attacher ses souliers]	☐	☐	☐	☐	☐
Hygiène personnelle [ex. : toilette] Précisez :	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation [ex. : repas et collation]	☐	☐	☐	☐	☐
Prise de médicaments	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer ses effets personnels [ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.]	☐	☐	☐	☐	☐
Rester avec le groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Éviter les situations dangereuses [conscience du danger]	☐	☐	☐	☐	☐

10. Évaluation du degré de supervision : suite

2. Participation aux activités					
Stimulation à la participation	☐	☐	☐	☐	☐
Interaction avec les adultes	☐	☐	☐	☐	☐
Interaction avec les autres enfants	☐	☐	☐	☐	☐
Fonctionnement en groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Activité de motricité fine [bricolage, manipulations, insertions, etc.]	☐	☐	☐	☐	☐
Activité de motricité globale [sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.]	☐	☐	☐	☐	☐
Baignade	☐	☐	☐	☐	☐
3. Communication					
Compréhension des consignes	☐	☐	☐	☐	☐

Se faire comprendre	☐	☐	☐	☐	☐
4. Déplacement [Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante]					
Marche en terrain accidenté	☐	☐	☐	☐	☐
Marche sur de longues distances	☐	☐	☐	☐	☐
Escaliers	☐	☐	☐	☐	☐
Autobus	☐	☐	☐	☐	☐

10. Évaluation du degré de supervision : suite			
Des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :			
SITUATIONS	Oui	Non	Précisez
5. Aide à la mobilité			
Utilisation d'un fauteuil roulant	☐	☐	
Utilisation d'une marchette	☐	☐	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	☐	☐	
6. Aide à la communication			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	☐	☐	
Langage des signes	☐	☐	
Gestes	☐	☐	

13. Consentements, autorisations et signature du répondant	
*** Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. ***	
1. Je comprends que pour une raison de santé et de sécurité, la municipalité pourrait ne pas être en mesure d'offrir le service de terrain de jeux à mon enfant pour la période estivale 2026.	
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. Dans le cas contraire, la direction du camp de jour se réserve le droit de considérer la demande non admissible.	
3. 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.	
4. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse.	

5. Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.		
Signature		Date (aaaa/mm/jj)
Nom en lettres majuscules		Lien avec l'enfant