

PROGRAMME D'INTÉGRATION · FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS
Camp de jour de la Ville de Montmagny



Date limite pour déposer votre formulaire : 22 avril 2024, à 8 h

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

NOM DE L'ENFANT : _____	SEXE DE L'ENFANT : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> AUTRE
ADRESSE : _____ No Rue	FRÉQUENTATION : <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
_____ Ville Code postal	Nombre de semaines : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ Jour Mois Année	Est-ce que l'accompagnement nécessite du 1 pour 1? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Expériences antérieures

Est-ce que votre enfant a fréquenté le Camp de jour de Montmagny l'année dernière? Oui Non

Type(s) d'incapacité

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Intellectuelle | <input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole | <input type="checkbox"/> Auditive |
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Physique | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale | <input type="checkbox"/> Visuelle |
| <input type="checkbox"/> Autres, veuillez préciser : _____ | | | |

Communication

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> parlé | <i>Langage utilisé :</i> <input type="checkbox"/> non verbal |
| <input type="checkbox"/> gestuel | <input type="checkbox"/> un appareil de communication (tableau Bliss ou autres) |

Compréhension

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

Alimentation

- Votre enfant a besoin d'aide pour :*
- | | |
|----------------|---|
| Manger | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Boire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Diète spéciale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
- Problème(s) rencontré(s) : _____

Habillage

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

Déplacements

- Votre enfant se déplace :*
- | | |
|------------------|--|
| à l'intérieur | <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide |
| à l'extérieur | <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide |
| fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide |
| | <input type="checkbox"/> ne s'applique pas |

Soins personnels

- Votre enfant a besoin d'aide pour :*
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ses soins personnels | <input type="checkbox"/> aller aux toilettes |
| <input type="checkbox"/> incontinence | <input type="checkbox"/> porte des couches |
| <input type="checkbox"/> autre(s) : _____ | |

Problèmes de santé particuliers

- Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur : Oui 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(s) sévère(s) | <input type="checkbox"/> autre(s) : _____ |

Problèmes de comportement

- Votre enfant a des problèmes de comportement : Oui Non
- Si oui, précisez la nature des problèmes :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> agressivité envers lui-même | <input type="checkbox"/> opposition régulière |
| <input type="checkbox"/> agressivité envers les autres | <input type="checkbox"/> problème de fugue |
| <input type="checkbox"/> anxiété | <input type="checkbox"/> autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> opposition occasionnelle | |

Interventions particulières de l'accompagnateur

- Interventions requises par l'accompagnateur :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> rappel des consignes | <input type="checkbox"/> stimulation à la participation |
| <input type="checkbox"/> aide à l'orientation | <input type="checkbox"/> assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture |
| <input type="checkbox"/> aide au transfert (fauteuil roulant) | |
| <input type="checkbox"/> autres, précisez : _____ | |

Médication

- Votre enfant prend-il un ou des médicaments? Oui Non
- Si oui, spécifiez le nom du(des) médicament(s) et le(les) motif(s) : _____
- Votre enfant peut prendre son(ses) médicament(s) sans aide? Oui Non

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES ET RELATIVES AU BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

Exemples: ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas, matériel utilisé (coquille ou autre), etc.

RENSEIGNEMENTS – MÈRE, PÈRE OU TUTEUR

Mère Père Tuteur légal

Mère Père Tuteur légal

Prénom et nom :

Adresse :

No Rue

Ville Code postal

Téléphone résidentiel :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Courriel :

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

- 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

Professionnel ou intervenant

Nom No de téléphone

Autre

Nom No de téléphone

CONSENTEMENT

En considération de ce qui précède, j'autorise les représentants nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du Camp de jour 2024. Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et se termine le 9 août 2024.

Je comprends que les renseignements personnels recueillis dans le cadre de ce formulaire sont nécessaires pour une bonne gestion du Camp de jour, ainsi que pour la sécurité de l'enfant, et qu'ils ne pourront en aucun cas être utilisés pour d'autres fins.

Par le dépôt du présent formulaire, je consens à ce que seuls les employé(e)s autorisés de la Ville de Montmagny collectent et utilisent mes renseignements personnels ou ceux de mon enfant concerné par le formulaire d'évaluation des besoins.

J'atteste que les renseignements inscrits sont exacts et que je transmettrai toute nouvelle information à la directrice du Camp de jour de la Ville de Montmagny.

Signature du parent

Date

À la suite du dépôt du formulaire dûment rempli, la direction du Camp de jour vous contactera afin de confirmer l'acceptation de votre demande d'accompagnement et planifier une rencontre avec l'accompagnateur.