

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Programme d'accompagnement pour les enfants ayant des besoins particuliers au camp de jour

Pour que la demande d'accompagnement soit évaluée et acceptée par le comité, tous les renseignements demandés doivent être fournis par le tuteur / parent de l'enfant. **Le formulaire doit être transmis à la ville de Neuville le 13 avril 2026 au plus tard.** Il est de la responsabilité du responsable de l'enfant de prendre connaissance du Programme d'accompagnement, notamment pour les critères d'admissibilité.

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

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Nom de l'enfant | | Prénom | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | | | |
| Ville | Province | Code postal | Téléphone (résidence) |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) | | Âge (au 28 juin de l'année en cours) | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| 1- Nom du parent ou du responsable | Prénom | | Lien avec l'enfant |
| 2- Nom du parent ou du responsable | Prénom | | Lien avec l'enfant |
| Téléphone (cellulaire 1) | Téléphone (cellulaire 2) | Courriel | |
| L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Maman <input type="checkbox"/> Autre (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 | S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe ___ intervenant(s) / ___ enfants | | |

2. 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, quel camp |
| Bénéficiait-il d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant) <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : |

3. Statut du diagnostic de l'enfant

| | |
|--|---|
| Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic) | |
| Nom du professionnel | Organisation |
| Titre du professionnel | Téléphone (incluant le numéro du poste) |
| Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |

4. Ressource de l'enfant (enseignant, intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, etc.)

La section suivante est primordiale au bon déroulement de l'intégration de l'enfant au camp de jour. Il est important d'inscrire **le nom et les coordonnées** complètes d'un intervenant qui suit **PRÉSENTEMENT** votre enfant. Les professionnels seront invités à partager des informations sur les besoins de l'enfant afin de pouvoir mieux y répondre au camp de jour.

| Intervenant | CRDIQ | IRD PQ | CIUSSS Capitale-Nationale | École (précisez) | Autre (précisez) |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|------------------|
| Nom du professionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Titre | | | | | |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) | | | | | |
| Courriel | | | | | |

5. Nature des limitations de l'enfant

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Légère | <input type="checkbox"/> Moyenne | <input type="checkbox"/> Sévère | <input type="checkbox"/> Profonde |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA) | Niveau de sévérité : Niveau 1 = nécessite de l'aide Niveau 2 = nécessite de l'aide importante Niveau 3 = nécessite de l'aide très importante | | Communication sociale <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 | Comportements restreints/répétitifs <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | <input type="checkbox"/> Fine et globale | <input type="checkbox"/> Globale | <input type="checkbox"/> Fine | |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | Précisez : | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | Précisez : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Compréhension | <input type="checkbox"/> Expression | <input type="checkbox"/> Mixte | |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention | <input type="checkbox"/> Prédominance inattention | <input type="checkbox"/> Prédominance hyperactivité | <input type="checkbox"/> Mixte (inattention/hyperactivité) | |
| Précisez : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale | Précisez : | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Opposition | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Passivité |
| <input type="checkbox"/> Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) | Précisez : | | | |
| <input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes | Précisez : | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | <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"/> |
| Frappe | <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"/> |
| Crie | <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"/> |
| Opposition aux consignes et aux règles | <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"/> |
| Brise le matériel | <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"/> |
| Éveil sexuel | <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"/> |
| Difficulté à gérer les situations imprévues | <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"/> |
| Inconfort tactile (n'aime pas être touché) | <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"/> |

7. Interventions privilégiées (recommandations d'un professionnel)

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

Quelles interventions préventives peuvent être mises en place au quotidien ?

8. Évaluation du degré de supervision

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

| SITUATIONS | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Autonomie | | | | | |
| Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hygiène personnelle (ex. : aller à la salle de bain) Précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation (ex. : repas, 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 (ex. : 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"/> |
| 2. 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 motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, 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"/> |
| 3. Communication | | | | | |
| Compréhension des consignes | <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"/> |
| 4. Déplacement | | | | | |
| (si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

9. Évaluation du degré de supervision (suite)

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

| SITUATIONS | Oui | Non | Précisez |
|--|--------------------------|--------------------------|----------|
| 5. Aide à la mobilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'un fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'une marchette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'une canne ou de béquilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Aide à la communication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Langage des signes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gestes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

10. 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 :)

11. Y a-t-il d'autres renseignements importants à connaître afin de mettre en place, pour l'enfant, des mesures pour :

Faciliter son autonomie Précisez :

Faciliter sa participation Précisez :

Limitier ou contrôler des situations de désorganisation Précisez :

12. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant ?

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

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisirs pendant la période de septembre à mai ? Précisez :

Non Oui

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 :

14. HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h. Le camp de jour offre un service de garde avant et après l'horaire régulier.

Le Programme d'accompagnement pour les enfants ayant des besoins particuliers permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier ainsi.

Veillez remplir la grille horaire des périodes de fréquentation afin que celle-ci représente le plus possible vos besoins réels.

Grille horaire des périodes de fréquentation de l'enfant au camp de jour

| CHOIX DES SEMAINES | | Combien de jours par semaine ? |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| Semaine 1 (29 juin au 3 juillet) <i>Férieré le 1^{er} juillet</i> | <input type="checkbox"/> | |
| Semaine 2 (6 au 10 juillet) | <input type="checkbox"/> | |
| Semaine 3 (13 au 17 juillet) | <input type="checkbox"/> | |
| Semaine 4 (20 au 24 juillet) | <input type="checkbox"/> | |
| Semaine 5 (27 au 31 juillet) | <input type="checkbox"/> | |
| Semaine 6 (3 au 7 août) | <input type="checkbox"/> | |
| Semaine 7 (10 au 14 août) | <input type="checkbox"/> | |

15. Autorisations et signature du répondant

Initiales

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation. ***

| | |
|---|--|
| Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du Programme d'accompagnement pour les enfants ayant des besoins particuliers au camp de jour. | |
| 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 confirme que le bien-être de mon enfant a été pleinement considéré au moment de remplir le formulaire. | |
| J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du Programme d'accompagnement à échanger des informations entre-elles et à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires. | |
| Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je m'engage à les autoriser à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande. | |
| 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. | |

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Lien avec l'enfant

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVEANT
(CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME)**

Au moment de réaliser une demande au Programme d'accompagnement pour les enfants ayant des besoins particuliers, le parent / tuteur de l'enfant a rempli ce formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise d'intervenant est essentielle, car elle apporte plusieurs renseignements pertinents au sujet de l'enfant.

Vos réponses nous guideront aussi dans la mise en œuvre des recommandations et des accommodements nécessaires pour favoriser la participation active et permettre une intégration optimale de l'enfant au sein du camp de jour.

| Activités | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|---|----------------|----------------|-----------------|---------------------|-------------|
| Rassemblement (Participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte) | | | | | |
| Sécurité (Fait le choix de comportements qui assure la sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes) | | | | | |
| Déplacement (Suit le groupe, se place en rang, marche plusieurs minutes, est en mesure de se déplacer sur un terrain pouvant être accidenté) | | | | | |
| Communications Expression : être en mesure de s'exprimer (Communication verbale ou non, utilisation d'outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions) | | | | | |
| Communications Compréhension : être en mesure de comprendre (Comprend les adultes, comprend les consignes & limites) | | | | | |
| Jeux structurés (Attend son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes, selon l'âge) | | | | | |
| Jeux sportifs (Sait gérer l'esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe) | | | | | |
| Bricolages (En mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet d'utiliser du matériel spécialisé) | | | | | |
| Repas (Demeure assis au sol, est autonome, gère sa boîte à lunch) | | | | | |
| Sorties (Prend l'autobus, visite d'un nouvel environnement, changement de la routine) | | | | | |
| Capacité d'adaptation (S'adapte aux changements d'horaire, changement de groupe, modification des règles d'un jeu, s'adapte lors des transitions) | | | | | |

| Dans le cas d'une désorganisation | |
|--|-----------------------------|
| Comportements observables (fréquence, intensité, durée) | Interventions à privilégier |
| | |
| 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 ? | |
| | |

| Recommandations pour l'été 2026 | |
|---|--|
| 1. Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante : | Non Oui |
| 2. L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : | |
| <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur / 1 enfant intégré dans un groupe | |
| <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur / 2 enfants intégrés dans un même groupe | |
| <input type="checkbox"/> 1 accompagnateur sur le site / 3 enfants intégrés dans différents groupes | |
| IMPORTANT : avoir en tête que l'enfant participe à des activités d'un camp de jour dans un sous-groupe régulier de 20 à 30 enfants et que l'accompagnement est réalisé par un étudiant de 16 ans et plus | |
| 3. L'enfant peut intégrer un groupe de : | <input type="checkbox"/> son âge <input type="checkbox"/> plus jeune |

| Signature de l'intervenant | |
|--|-----------|
| Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers du camp de jour de la ville de Neuville | Initiales |
| Nom | Date |
| Organisation | Téléphone |
| Titre | Courriel |

DÉCISION DU COMITÉ D'ANALYSE DES DEMANDES

Il revient au comité d'analyse des demandes de :

- Déterminer si la demande d'accompagnement est justifiée et si la présence d'une ressource est requise ;
- Vérifier si la demande respecte l'échéancier prévu pour la transmission du formulaire, **soit au plus tard le 13 avril 2026**. Dans le cas contraire, le camp de jour ne peut garantir la disponibilité d'une ressource pour l'été ;
- Déterminer le ratio d'accompagnement approprié ;
- Dans la mesure du possible, proposer d'autres modalités d'accommodement lorsque l'accompagnement individuel n'est pas jugé approprié

