Camp de jour de Mont-Carmel

FORMULAIRE DE DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire l’évaluation des besoins de votre enfant, en vue de lui faire vivre une expérience de camp réussie! Seules les informations pertinentes seront transmises à son accompagnateur afin de permettre des interventions adaptées.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant, avec le plus de détails possibles et retournez le formulaire dûment complété avant le 25 mai à l’adresse suivante : [developpement@mont-carmel.ca](mailto:developpement@mont-carmel.ca)

1. **IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom : |  | Sexe : |  |
| Nom de famille : |  | Date de naissance : |  |
| Est-ce que l’enfant a un accompagnateur ou éducateur durant l’année scolaire? **Oui** □ **Non** □  Afin d’assister l’évaluation des besoins de mon enfant, j’autorise le camp de jour de Mont-Carmel à contacter l’accompagnateur ou éducateur de mon enfant. **Oui** □ **Non** □  **Nom et numéro de téléphone de l’accompagnateur :** | | | |

**2. PORTRAIT DE LA SITUATION (UNE FICHE PAR ENFANT)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIAGNOSTIC :** |  |
| **EXPLICATIONS DU DIAGNOSTIC :** |  |
| **MÉDICATION ET POSOLOGIE :** |  |
| **SITUATION SCOLAIRE** (classe adaptée, classe régulière…) : |  |
| **ADAPTATION DE L’ÉCOLE** (plan intervention) : |  |
| **VOTRE ENFANT A-T-IL BESOIN D’UN ACCOMPAGNATEUR AU CAMP ? SI OUI, QUEL SERAIT LE RATIO D’ENCADREMENT ?** |  |
| **SITUATION MÉDICALE PARTICULIÈRE À CONSIDÉRER** (ALLERGIES, ÉPILEPSIE, ASTHME, ETC.) |  |
| **ÉQUIPEMENT PERSONNEL** (prothèse, chaise roulante, appareils auditifs, etc.) |  |

**3. RESTRICTIONS ALIMENTAIRES**

|  |
| --- |
| Restrictions alimentaires (autres que les allergies)? Oui ☐ Non ☐  Précisez : |
| Comment mange-t-il? Facilement ☐ Difficilement ☐ Peu d’appétit ☐ |

**4. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comportement** | | **Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?** | | **De quelle façon suggérez-vous d’intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)** |
| □ | Agressivité envers lui-même |  | |  |
| □ | Agressivité envers les autres |  | |  |
| □ | Anxiété |  | |  |
| □ | Automutilation |  | |  |
| □ | Fugues |  | |  |
| □ | Habitudes ou des manies particulières  (Acceptées ou non) |  | |  |
| □ | Autres (précisez) |  | |  |
| A-t-il tendance à faire des crises?  Oui □ Non □ | | Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)? | | Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises? |
|  | |  |
| A-t-il des phobies et/ou peurs ?  Oui □ Non □ | | Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.) | | |
| A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l’aide ou à amorcer une conversation?  Oui □ Non □ | | | S’adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences?  Oui □ Non □ | |
| Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs? | |  | | |
| Quels sont les meilleurs moyens de l’encourager/le motiver? | |  | | |
| Relation avec les autres - Comment interagit-il avec : | | | | |
| Ses pairs | |  | | |
| Les détenteurs d’autorité | |  | | |
| Les nouvelles personnes | |  | | |

**5. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÉLÉMENTS À SURVEILLER AU NIVEAU DU COMPORTEMENT** | □ Agressivité  □ Anxiété  □ Automutilation  □ Crises  □ Conscience du danger  □ Fugues  □ Manie ou habitudes particulières  □ Phobies  □ Adaptation aux changements  □ Opposition à l’autorité  □ Relations sociales difficiles ou maladroites  □ Participation difficile aux activités  □ Isolement |
| **ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE LA COMMUNICATION** | □ Expression des sentiments/ressentis  □ Difficultés à s’exprimer  □ Difficultés à comprendre  □ Surdité partielle ou complète  □ Capacité visuelle réduite |
| **ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE LA MOBILITÉ** | □ Motricité fine  □ Motricité globale  □ Déplacements avec un équipement spécialisé  □ Aide aux transferts |
| **ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE L’AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE** | □ Aide à l’habillement  □ Aide à la propreté / Utilisation des toilettes  □ Aide à l’alimentation  □ Aide à la gestion de son matériel |

**6. ANALYSE ET SOLUTIONS POUR UNE INTÉGRATION RÉUSSIE**

À l’aide des éléments à considérer dans la section 5, inscrivez dans la section 6, les options sélectionnées pour accommoder l’enfant ayant des besoins particuliers. Identifiez les coûts relatifs aux accommodements, la ou les personnes responsables de l’accommodement et les méthodes que cette personne devra mettre en place.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Élément particulier à l’enfant** | **Accommodements choisis** | **Coût (s’il y a lieu)** | **Personne responsable de l’accommodement choisi** | **Défi et/ou méthode à privilégier** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DISPONIBILITÉS :**

Comme indiqué à l’étape B de la *Procédure pour effectuer une demande d’accompagnement*, une rencontre ou un appel téléphonique sera organisé afin de recueillir d’autres information et afin de discuter des accommodements indiqués dans ce présent formulaire.

\*Le coordonnateur du camp ou le coordonnateur et responsable des activités communautaires entrera en communication avec vous afin de fixer une date au moment venu. Cette rencontre aura lieu entre le moment de la remise du document et le début du camp de jour. Pour ce faire, nous vous demandons de cocher les cases correspondantes à vos disponibilités :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Entre 9h et 12h |  |  |  |  |  |
| Entre 13h et 16h |  |  |  |  |  |
| Entre 16 et 18h |  |  |  |  |  |
| Entre 18h et 20h |  |  |  |  |  |

\*\* Cette rencontre ou cet appel téléphonique a pour objectif de discuter des accommodements. Nous vous rappelons qu’aucune décision ne sera rendue lors de cette rencontre ou lors de cet appel.

⃝ J’atteste que toutes les informations que j’ai inscrites sur ce document sont véridiques et j’ai pris connaissance de la « Politique pour l’intégration des enfants à besoins particuliers au camp de jour de Mont-Carmel ».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur Nom du parent ou tuteur

|  |
| --- |
| Réservé à l’administration |
| Date de réception du formulaire : |
| Date de la rencontre : |