

DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT - 2026

Roberval

ANNEXE 1 (À compléter par le parent)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Demande reçue le :

Heure :

Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant (**CECI N'EST PAS UNE INSCRIPTION**)

1. Identification de l'enfant

Prénom et nom :	<input type="text"/>	Date de naissance:	<input type="text"/>
Sexe F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
		Âge :	<input type="text"/>

2. Identification des parents

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	Même adresse <input type="checkbox"/>
Nom et prénom: <input type="text"/>			Nom et prénom : <input type="text"/>			
Adresse: <input type="text"/>			Adresse : <input type="text"/>			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Téléphone rés. : <input type="text"/>			Téléphone rés. : <input type="text"/>			
Téléphone autre : <input type="text"/>			Téléphone autre: <input type="text"/>			
Courriel : <input type="text"/>			Courriel : <input type="text"/>			

3. Diagnostic :

Est-ce qu'un diagnostic a été posé par un professionnel de la santé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel :

Si non, votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ?

☐ Oui ☐ Non

Diagnostic envisagé :

4. Expériences antérieures :

Votre enfant a-t-il déjà vécu des expériences de camp de jour ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dernière année de fréquentation :

5. Besoins en accompagnement :

Est-il possible de jumeler l'enfant avec un autre jeune ?

☐ Oui ☐ Non

*Semaines demandées (inscrire le # de priorité dans l'encadré):

☐ #1(22 au 26 juin)

☐ #4 (13 au 17 juillet)

☐ #6(3 au 7 août)

☐ #2(29 juin au 3 juillet)

☐ #5 (27 au 31 juillet)

☐ #7(10 au 14 août)

☐ #3(6 au 10 juillet)

*Le nombre de semaines d'accompagnement accordées variera selon la capacité d'accueil et les ressources disponibles. Ce nombre sera à valider à chaque année. (En moyenne, par les années passées, 5 semaines/enfant ont été accordées.)

****Quelle sera l'heure d'arrivée et celle de départ approximativement?**

Début de journée

Fin de journée

** Un horaire préétabli entre l'accompagnateur et le jeune sera mis en place. Afin d'assurer un accompagnement adéquat, il sera obligatoire de respecter l'horaire déterminé selon vos besoins et les disponibilités de l'accompagnateur.

6. Pour mieux connaître les besoins de votre enfant

Type d'incapacité

- ☐ Auditive ☐ Visuelle ☐ Anxiété
☐ Intellectuelle ☐ Trouble du langage ☐ Opposition
☐ Motrice ☐ Trouble dans le spectre de l'autisme (TSA) ☐ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Autres – spécifiez :

Précisions sur l'incapacité :

Communication

Langage utilisé : ☐ Parlé ☐ Non verbal
☐ Gestuel ☐ Un appareil de communication

Précisez :

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

Précisez :

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Manger ☐ Oui ☐ Non
 Boire ☐ Oui ☐ Non
 Diète spéciale ☐ Oui ☐ Non

Problèmes rencontrés :

Habillage

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

Précisez :

Déplacements

Votre enfant se déplace :

À l'intérieur ☐ Seul ☐ Avec aide
 À l'extérieur ☐ Seul ☐ Avec aide
 En fauteuil roulant ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ N/A
 Autres appareils ☐ Seul ☐ Avec aide

Précisez :

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour :

☐ Hygiène personnelle ☐ Aller aux toilettes
☐ Incontinence

Autres :

Précisez :

Problèmes de santé particuliers

Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nature des problèmes :

☐ Gavage ☐ Problème cardiaque
☐ Diabète ☐ Problème respiratoire grave
☐ Épilepsie ☐ Allergie sévère
☐ Autres :

Actions requises :

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nature des problèmes :

☐ Agressivité envers lui-même ☐ Opposition régulière
☐ Agressivité envers les autres ☐ Problème de fugue
☐ Opposition occasionnelle ☐ Anxiété

Autres :

Précisez :

Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur :

☐ Rappel des consignes ☐ Stimulation à la participation
☐ Aide à l'orientation ☐ Assistance pour allerchercher du matériel ou de la nourriture
☐ Aide au transfert (fauteuil roulant)

Autres :

Médication

Votre enfant prend-il un ou des médicament(s) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs :

Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide :

☐ Oui ☐ Non

7. Selon vous, de quelle façon l'enfant pourra faire ou participer aux éléments suivants :

Éléments		+/-	Facilement	Difficilement	Ne pourra pas	Suggestions / recommandations
Autonomie et sécurité						
	Aller aux toilettes (essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Attacher ses lacets de chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Changer sa protection (couche, pull up)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Communiquer ses besoins, ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Effectuer ses soins personnels (laver les mains, visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Éviter de se mettre en situation de danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	S'alimenter (manger, boire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participation et intégration						
	Attraper un ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Comprendre les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Courir pendant une certaine période	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Être dans une foule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gérer les imprévus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Interagir avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Interagir avec les moniteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Jouer à des jeux d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Participer aux activités aquatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Participer aux activités nécessitant la motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Participer aux activités nécessitant la motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Se déplacer (prendre l'autobus, changement d'environnement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

8. Autres informations pertinentes à savoir au sujet de votre enfant :

Pour tout autre information pertinente au sujet de votre enfant, veuillez ajouter une page au besoin.

Signature : _____

Date :