

DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT - 2026

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Demande reçue le :

Heure :



ANNEXE 1 (À compléter par le parent)

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="text"/> Nom et prénom:			<input type="text"/> Nom et prénom:			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Adresse:			<input type="text"/> Adresse:			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Téléphone rés.:			<input type="text"/> Téléphone rés.:			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Téléphone autre:			<input type="text"/> Téléphone autre:			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Courriel:			<input type="text"/> Courriel:			<input type="checkbox"/>

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):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> #1(22 au 26 juin) | <input type="checkbox"/> #4 (13 au 17 juillet) | <input type="checkbox"/> #6(3 au 7 août) |
| <input type="checkbox"/> #2(29 juin au 3 juillet) | <input type="checkbox"/> #5 (27 au 31 juillet) | <input type="checkbox"/> #7(10 au 14 août) |
| <input type="checkbox"/> #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	<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

Problèmes rencontrés :

Habillage

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

Précisez :

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	
En fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> N/A
Autres appareils	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec aide	

Précisez :

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour :

<input type="checkbox"/> Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/> Aller aux toilettes
<input type="checkbox"/> 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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gavage | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Allergie sévère |
| <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/> | |

Actions requises :

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement Oui Non

Si oui, 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"/> Opposition occasionnelle | <input type="checkbox"/> Anxiété |

Autres :

Précisez :

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) | |
| Autres : <input type="text"/> | |

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"/>				
--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 :