

### INFORMATIONS IMPORTANTES

Les parents ou tuteurs qui veulent inscrire leur enfant doivent remplir le formulaire de demande en intégration loisir disponible en version courriel ou papier au :

Service récréatif et communautaire (SRC)

479 rue Hébert, Salaberry-de-Valleyfield, Québec, J6S 5Y9

Téléphone : 450 370-4390, télécopieur : 450 370-4888, [src@ville.valleyfield.qc.ca](mailto:src@ville.valleyfield.qc.ca)

Le formulaire doit être rempli et retourné au SRC **avant le 18 mai 2018.**

Toutes les demandes seront évaluées par le comité d'accès. Suite à l'analyse du dossier, un suivi sera fait après du demandeur pour l'acceptation ou le refus de la candidature. Soyez assuré que l'information contenue dans ce document sera traitée en toute confidentialité.

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_ Langue parlée à l'école : \_\_\_\_\_

Adresse @ : \_\_\_\_\_

## PROFIL DE L'ENFANT

### L'enfant a-t-il reçu un diagnostic?

- Oui       Non       En attente de diagnostic

Si oui, lequel :

### Quel type de handicap présente votre enfant ? (cochez et précisez si applicable)

- Trouble envahissant du développement :
- Déficience intellectuelle :    Légère      Moyenne      Sévère
- Déficience auditive :
- Déficience visuelle :
- Déficit de l'attention ou hyperactivité :
- Déficience physique :
- Problème de santé mentale :
- Trouble du langage :

Autre :

### Votre enfant démontre-t-il des particularités sensorielles? (cochez et précisez si applicable)

- Auditive
- Visuelle
- Tactile

Autres :

### Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé particuliers nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur?

- Incontinence       Urinaire      ou       Fécale
- Épilepsie
- Diabète
- Problèmes respiratoires
- Problèmes cardiaques
- Allergies sévères, lesquelles :

## COMMUNICATIONS

### De quelle façon votre enfant exprime-t-il ses besoins?

- Verbal                       Non verbal                       Gestuelle
- Avec un système alternatif de communication (cartable PECS ou autres)

### Votre enfant se fait-il comprendre?

- Facilement
- Difficilement

### Votre enfant arrive-t-il à bien comprendre les consignes :

- Simples (une seule étape à la fois)
- Multiples (2 étapes ou plus à la fois)
- Nécessite un support visuel (photo ou picto)

Précisez :

## AUTONOMIE FONCTIONNELLE

### Votre enfant a besoin d'aide pour ...

- Manger
- Boire

Autres précisions :

### La propreté est-elle acquise?

- Oui                       Non

### Si oui, est-il autonome pour s'essuyer ?

- Oui                       Non

**Un équipement spécialisé est-il nécessaire?**

- Oui       Non

**Précisez :**

**Votre enfant se déplace...**

- Seul  
 Avec aide  
 Avec une marchette  
 En fauteuil roulant

**Autres précisions :**

**Votre enfant porte-t-il des orthèses ou prothèses?**

- Oui       Non

**Est-ce que votre enfant peut...**

- Monter ou descendre un escalier  
 Marcher dans le sable  
 Marcher dans un boisé  
 Se déplacer sur un terrain accidenté

**Autres précisions:**

## **PARTICULARITÉS COMPORTEMENTALES**

**Votre enfant démontre-t-il des particularités comportementales ?**

**PROGRAMMATION LOISIRS ESTIVALE**  
FORMULAIRE POUR LES JEUNES DE 13 À 17 ANS  
AYANT DES BESOINS PARTICULIERS

Oui       Non

**Si oui, lesquelles?**

Agressivité envers lui-même

Opposition occasionnelle

Risque de fugue

Hyperactivité

Agressivité envers les autres

Opposition régulière

Impulsivité

**Autres :**

**Veillez préciser dans quelles situations les particularités risquent d'apparaître (ex. : contexte, antécédent, etc.)**

**Dans la mesure où les particularités comportementales apparaissent, quelles sont les actions ou interventions à privilégier?**

**Si votre enfant a des phobies, quelles sont-elles?**

**Est-ce que votre enfant adopte les comportements suivants :**

**Mord**       Oui       Non       Occasionnellement

**PROGRAMMATION LOISIRS ESTIVALE**  
FORMULAIRE POUR LES JEUNES DE 13 À 17 ANS  
AYANT DES BESOINS PARTICULIERS

- |                          |                              |                              |  |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <b>Crache</b>            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Frappe</b>            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Bouscule</b>          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Opposition</b>        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Fugue</b>             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Brise le matériel</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Sensible aux sons</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| <b>Éveil sexuel</b>      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |

**Dans la mesure où les particularités comportementales apparaissent, quelles sont les actions ou interventions à privilégier?**

## INTÉGRATION SOCIALE

**Antécédent d'intégration** (indiquez les occasions d'intégration passées – ex. : CPE, camp de jour, activité de loisir).

**Intégration en milieu scolaire** (accompagnement en classe, à la garderie, au dîner, classe spécialisée, ratio, équipements spéciaux, etc.)

**Activités aquatiques** (peur, autonomie, flotteurs spécialisés, surveillance ou aide requise)

**INSTRUCTIONS POUR MÉDICAMENTS**

**TOUS LES MÉDICAMENTS DOIVENT ÊTRE BIEN IDENTIFIÉS, PRÉ-DOSÉS ET DOIVENT ÊTRE REMIS AU COORDONNATEUR.**

Les parents s'engagent à aviser le coordonnateur du camp de jour, dans les plus brefs délais, pour tout changement de médicament ou de dose.

Si votre enfant nécessite certaines médications, veuillez remplir le tableau suivant en y indiquant toutes les informations nécessaires.

<b>Nom de la médication</b>	<b>Dose</b>	<b>Heure de la prise</b>	<b>Raison de la médication</b>

**Si votre enfant n'est pas en mesure de prendre son médicament de façon autonome, qui viendra lui administrer? :**

**Recevez-vous des services des établissements suivants pour votre enfant? (Cochez dans le cas échéant).**

Santé Mentale Jeunesse                       SRSOR

CSSS – Suroît                                       CMR

Nom de l'école :

Classe régulière       Classe adaptée



**CONSENTEMENT ÉCHANGE D'INFORMATIONS**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

En ma qualité de : \_\_\_\_\_

Autorise les institutions suivantes (La Cité des arts et des sports, la Ville de Salaberry-de-Valleyfield, le SRSOR, le CMR, Répit le Zéphyr, Zone loisir Montérégie, l'intervenant scolaire, CSSS du Suroît) à échanger les informations contenues dans ce documents ainsi qu'au coordonnateur de programme et aux animateurs assignés aux groupes en intégration loisir.

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et complets. Je m'engage à contacter le personnel pour leur fournir tout changement pouvant avoir un impact sur la participation de mon enfant au camp de jour.

Cette autorisation est valide pour la période estivale 2018.

\_\_\_\_\_  
Signataire : personne autorisée (mère, père, tuteur,  
curateur)

\_\_\_\_\_  
Date :

**SECTION À REMPLIR PAR L'INTERVENANT**

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Organisme ou établissement : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

Une intégration progressive est-elle suggérée?  Oui  Non (Si oui, précisez :)

Ratio recommandé :  1 animateur / \_\_\_\_\_ enfants  
 L'enfant peut s'intégrer à un groupe de 1/ 10

L'enfant démontre-t-il des particularités comportementales ou physiques devant être portées à l'attention du coordonnateur et de l'accompagnateur du camp de jour? Si oui, préciser lesquelles.

Dans la mesure où les particularités comportementales ou physiques apparaissent, quelles sont les actions ou interventions à privilégier?