



Programme d'accompagnement pour l'intégration des enfants à besoins particuliers

Document réservé à l'usage exclusif de la Ville de Saint-Philippe

		Date :
Nom de l'enfant :	Nom du parent ou tuteur à contacter :	
Adresse courriel:	Ville :	
Téléphone :		

Section remplie par la Ville

Décision rendue par la Ville :	Acceptée	Refusée	
Demande d'accompagnement :	Oui	Non	N/A
Si oui, l'enfant sera-t-il jumelé ? :	Oui	Non	N/A
Informations supplémentaires :			
Signature du responsable de la Ville			

Formulaire d'évaluation des besoins pour l'intégration des enfants à besoins particuliers

Ce formulaire a pour but de connaître et d'évaluer les besoins des enfants désireux de fréquenter le camp de jour offert par la Ville de Saint-Philippe. **Il ne constitue aucunement une inscription au camp de jour.**

Identification de l'enfant			
Nom :	Prénom :		
Adresse :	Ville :		
Téléphone :	Sexe :	Masculin	Féminin
Âge au 30 septembre 2026 :	Groupe d'âge désiré (Celui-ci peut différer de l'âge réel de l'enfant)		
	5-6 ans	7-8 ans	9-10 ans
	11-12 ans		
Veuillez nous indiquer vos besoins pour l'été 2026. (Ces informations nous permettront de déterminer nos besoins en matière de ressources d'accompagnement. Veuillez prendre note que ceci n'est pas une inscription officielle.)	Semaine 1: 25-26 juin (2 jours)	Semaine 5: 20 au 24 juillet (5 jours)	
	Semaine 2: 29 juin au 3 juillet (4 jours)	Semaine 6: 27 au 31 juillet (5 jours)	
	Semaine 3: 6 au 10 juillet (5 jours)	Semaine 7: 3 au 7 août (5 jours)	
	Semaine 4: 13 au 17 juillet (5 jours)	Semaine 8: 10 au 14 août (5 jours)	
Précisions :			
Historique scolaire			
École fréquentée :	Type de classe :		
Type d'accompagnement en classe :	Ratio en classe	Ratio au service de garde	
Identification des personnes ressources à contacter			
Votre enfant est-il suivi ou reçoit-il des services provenant d'établissements scolaires et/ou d'organismes du réseau de la santé et des services sociaux?			
Oui	Non		
Si oui, quelles sont les coordonnées des personnes ressources que nous pouvons contacter au besoin :			
Nom	Fonction	Établissement	Téléphone
Nom	Fonction	Établissement	Téléphone
Nom	Fonction	Établissement	Téléphone
Nom	Fonction	Établissement	Téléphone
Besoins de l'enfant			
Diagnostic			
Déficience intellectuelle	Précisez		
Déficience physique	Précisez		
Déficience auditive	Précisez		
Déficience visuelle	Précisez		
Trouble du spectre de l'autisme	Précisez		
Trouble du langage et de la parole	Précisez		
Trouble de l'opposition	Précisez		
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	Précisez		
Autre	Précisez		
Problèmes de santé particuliers			
Épilepsie	Diabète	Problème cardiaque	Problème respiratoire
Autre			

Allergies

Oui	Précisez	Épipen	Non
-----	----------	--------	-----

Médication

Votre enfant prend-t-il une médication ? Oui Non

Si oui, précisez :

J'autorise le camp de jour de Saint-Philippe à donner (nom du médicament) _____ à mon enfant et ce du _____ au _____ 2026. Posologie : _____ Heure de la prise du médicament : _____	Initiales
J'autorise le camp de jour de Saint-Philippe à donner (nom du médicament) _____ à mon enfant et ce du _____ au _____ 2026. Posologie : _____ Heure de la prise du médicament : _____	Initiales
J'autorise le camp de jour de Saint-Philippe à donner (nom du médicament) _____ à mon enfant et ce du _____ au _____ 2026. Posologie : _____ Heure de la prise du médicament : _____	Initiales

Comportements et interventions à privilégier

Comportement	Précisez les manifestations du comportement	Interventions à privilégier
Opposition		
Provocation		
Agressivité envers lui-même		
Agressivité envers les autres		
Anxiété		
Fugue		
Autre		

Autonomie de l'enfant

Communication

Langage utilisé :	Verbal	Gestuel	Non-verbal	Appareil de communication
Aide à la communication :	Pictogrammes	Ipad	Gestes	Langue des signes Autre

Informations supplémentaires

Compréhension

L'enfant comprend :	Facilement	Moyennement	Difficilement	Aucunement
L'enfant se fait comprendre :	Facilement	Moyennement	Difficilement	Aucunement

Informations supplémentaires

Aide à apporter à la personne				
	Aide occasionnelle	Aide constante	Supervision	Autonomie
Manger				
Boire				
Préparer ses aliments				
Aller à la toilette				
Habillement				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Soins personnels				
Transfert fauteuil roulant				
Motricité fine (bricolage, manipulations, etc.)				
Motricité globale (sports, course, jeux, etc.)				
Gestion des effets personnels				
Rester avec le groupe				
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
Stimulation à la participation				
Interaction avec les animateurs				
Interaction avec les autres enfants				
Fonctionnement en groupe				
Écoute des consignes				

Informations supplémentaires :

Besoins prioritaires en accompagnement

Quels sont, à votre avis, les besoins prioritaires menant à la demande d'accompagnement?

Aide à la personne

Stimulation à la participation

Rappel des consignes

Surveillance constante

Problèmes de santé particuliers

Problèmes de comportements

Autre

Informations additionnelles

Formulaire de consentement

J'atteste que les renseignements transmis dans le présent formulaire sont exacts et correspondent aux besoins réels de mon enfant.

Par la présente, j'autorise la Ville de Saint-Philippe à communiquer avec les personnes ressources mentionnées dans le présent formulaire pour tous renseignements nécessaires à l'étude et au suivi de la présente demande d'intégration pour _____ . (nom de l'enfant)

Il est entendu que tous renseignements obtenus par le biais de documents ou par le biais de contact avec les intervenants demeureront confidentiels et serviront uniquement dans le cadre de la présente démarche.

Signature du parent ou tuteur

Signature du responsable de la Ville

Date

Date de l'autorisation