

MUNICIPALITÉ DE VAL-DAVID



DEMANDE D'ACCOMMODEMENT EN CAMP DE JOUR POUR L'ÉTÉ 2024

Afin de profiter du service d'accompagnement, vous devez déposer votre demande avec le présent formulaire **avant le vendredi 19 avril 2024**. Cela nous permet de planifier nos ressources en accompagnement et offrir un été des plus mémorable à votre enfant !

Pour plus d'informations : 819-324-5678 poste 4248

Formulaire à remettre à l'adresse courriel : [campdejour@valdavid.com](mailto:campdejour@valdavid.com)

COORDONNÉES

Prénom de l'enfant :	
Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Prénom et nom du parent/tuteur :	
Numéro de téléphone :	
Adresse courriel :	
Prénom et nom du parent/tuteur :	
Numéro de téléphone :	
Adresse courriel :	
Personne à contacter en cas d'urgence :	
Numéro de téléphone :	
Lien avec l'enfant :	

HORAIRE SOUHAITÉ

- Semaine 1 - 25 au 28 juin
- Semaine 2 - 1 au 5 juillet
- Semaine 3 - 8 au 12 juillet
- Semaine 4 - 15 au 19 juillet
- Semaine 5 - 22 au 26 juillet
- Semaine 6 - 29 juillet au 2 août
- Semaine 7 - 5 au 9 août
- Semaine 8 - 12 au 16 août

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>Service de garde</b>	<input type="checkbox"/> 7h30 à 9h	<input type="checkbox"/> 7h30 à 9h	<input type="checkbox"/> 7h30 à 9h	<input type="checkbox"/> 7h30 à 9h	<input type="checkbox"/> 7h30 à 9h
<b>Avant-midi</b>	<input type="checkbox"/> 9h à 12h	<input type="checkbox"/> 9h à 12h	<input type="checkbox"/> 9h à 12h	<input type="checkbox"/> 9h à 12h	<input type="checkbox"/> 9h à 12h
<b>Après-midi</b>	<input type="checkbox"/> 12h à 16h	<input type="checkbox"/> 12h à 16h	<input type="checkbox"/> 12h à 16h	<input type="checkbox"/> 12h à 16h	<input type="checkbox"/> 12h à 16h
<b>Service de garde</b>	<input type="checkbox"/> 16h à 18	<input type="checkbox"/> 16h à 18	<input type="checkbox"/> 16h à 18	<input type="checkbox"/> 16h à 18	<input type="checkbox"/> 16h à 18

## PROFIL DE L'ENFANT

*Dans le but de respecter la vie privée de votre enfant, il n'est pas obligatoire de remplir certaines sections. Toutefois, dans le but de permettre à votre enfant de vivre une expérience inclusive, positive, sécuritaire et significative, nous vous invitons à nous fournir toutes les informations afin de bien cibler les besoins de votre enfant et de bien former notre équipe avant le début de l'été pour bien intervenir avec votre enfant.*

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

#### Dans le cadre scolaire, quels services votre enfant reçoit-il ?

- Classe régulière
- Classe régulière avec support d'une travailleuse sociale, technicienne en éducation spécialisée ou psychoéducatrice
- Classe d'adaptation scolaire
- École spécialisée

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

- Camp de jour
  - Camp de vacances
- Nom du camp de jour/vacances :

Autres précisions :

#### Votre enfant a-t-il un diagnostic ou des diagnostics ?

- Déficience physique motrice/motrice cérébrale (DM/DMC)
- Problèmes de santé mentale (SM)
- Trouble de la communication ou du langage (DL/DA)
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Trouble grave de comportement (TGC)
- Déficience visuelle (DV)
- Déficience Intellectuelle (DI)
- Trouble déficitaire de l'attention (TDA)
- Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH)
- Trouble déficitaire de l'attention, hyperactivité et impulsivité (TDAH/I)
- Trouble de l'opposition

#### Avez-vous des informations complémentaires face au diagnostic ou aux diagnostics à fournir ?

Votre enfant prend-t-il une médication durant l'année scolaire ?  Oui  Non

Est-ce que votre enfant continuera à prendre sa médication durant l'été ?  Oui  Non

Précisions :

**Votre enfant a-t-il un ou des enjeux de santé ?**

- Épilepsie                                       Problème cardiaque  
 Diabète     Problème respiratoire grave  
 Phobies (précisez) :  
 Allergies (précisez) :

Autres :

**Quels sont les intérêts et activités préférées de votre enfant ?****Quelles sont les activités que votre enfant aime le moins ?****COMPORTEMENTS ET RELATIONS SOCIALES**

	Très fréquent	Souvent	Parfois	Jamais
Tendance à mordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à cracher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à frapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à pousser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à la destruction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à la fuite ou fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à se cacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à s'opposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à avoir des inconforts tactiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à l'hypersensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à être en surcharge de stimulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à s'adapter aux changements et aux imprévus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant a conscience du danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comment votre enfant réagit-il avec ses pairs ?****Comment votre enfant réagit-il avec les adultes et l'autorité ?**

**Quels sont les moyens et les types d'intervention à privilégier afin de soutenir et aider votre enfant ?**

**Est-ce que votre enfant bénéficie d'un plan d'intervention à l'école ou à la maison ?**

Oui  En attente  Non

Si oui, quels sont les outils et les mesures mis en place pour soutenir votre enfant ?

Si non, que faites-vous à la maison ou avec l'enseignante pour soutenir votre enfant ?

### COMMUNICATION

**Au niveau de la communication et du langage, veuillez cocher le profil de votre enfant.**

- Enfant verbal
- Enfant verbal avec certains défis
- Enfant non verbal

Votre enfant se fait comprendre :  Facilement  Moyennement  Difficilement

Votre enfant exprime ses besoins :  Facilement  Moyennement  Difficilement

Votre enfant comprend les consignes :  Facilement  Moyennement  Difficilement

#### **Complément d'information**

- L'enfant utilise des phrases complètes
- L'enfant utilise des mots isolés
- L'enfant utilise des gestes pour se faire comprendre
- L'enfant utilise des pictogrammes pour se faire comprendre
- L'enfant utilise un appareil de communication

Autres précisions :

<b>AUTONOMIE</b>				
	<b>Aide complète</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Encadrement</b>	<b>Aucune aide</b>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre de la crème solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre enfant a-t-il une diète particulière, des blocages ou des restrictions alimentaires ?</b>				
<p><b>Veillez remplir cette section si votre enfant a une mobilité réduite.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Déplacement en fauteuil roulant motorisé</p> <p><input type="checkbox"/> Déplacement en chaise roulante</p> <p><input type="checkbox"/> Déplacement avec une marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Déplacement avec une canne</p> <p><input type="checkbox"/> Besoin du soutien et de l'accompagnement d'une personne</p>				

<b>AUTORISATION</b>
---------------------

Afin de compléter l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise la municipalité de Val-David à contacter les intervenants indiqués dans le tableau ci-dessous.

<b>Organisme (CISSS, école, etc.)</b>	<b>Nom de l'intervenant</b>	<b>Fonction</b>	<b>Coordonnées</b>

**SIGNATURE**

Par la présente, je confirme avoir lu attentivement toutes les sections de ce document, et avoir rempli toutes les informations demandées.

*Dans le but de respecter la vie privée de votre enfant, il n'est pas obligatoire de remplir certaines sections. Toutefois, dans le but de permettre à votre enfant de vivre une expérience inclusive, positive, sécuritaire et significative, nous vous invitons à nous fournir toutes les informations afin de bien cibler les besoins de votre enfant et de bien former notre équipe avant le début de l'été pour bien intervenir avec votre enfant.*

**Pour toutes questions, veuillez contacter Valérie Lacoste Major au 819-324-5678 poste 4248.**

**Formulaire à remettre à l'adresse courriel [campdejour@valdavid.com](mailto:campdejour@valdavid.com) avant le vendredi 19 avril 2024.**

Nom du parent/tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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