

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PROGRAMME DE SOUTIEN



Important ! La candidature de votre enfant sera soumise à un comité d'évaluation. Cette mesure est mise en place afin de nous assurer de pouvoir répondre adéquatement aux besoins de votre enfant.

Ce formulaire doit être reçu au plus tard le 9 mars 2025.

Informations personnelles de l'enfant

Nom :	Prénom :	Date de naissance : (AA/MM/JJ)
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Adresse :	
Ville :	Code postal :	App. :
Nature du handicap : <input type="checkbox"/> Intellectuel <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale <input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> Autre (précisez):		

Informations personnelles du parent ou tuteur

Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Courriel :	Tél. (bureau) :	

Personne contact en cas d'urgence

Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Lien avec l'enfant :	Tél. (bureau) :	
L'enfant utilise-t-il un moyen pour compenser son handicap (une prothèse, une orthèse, un fauteuil roulant, etc.?) :		

Portrait de l'enfant

Autonomie

COMMUNICATION	Langage utilisé : <input type="checkbox"/> Parlé <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Appareil de communication
L'utilisation de pictogrammes, tableau ou ordinateur est-elle recommandée? Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMPRÉHENSION	L'enfant se fait comprendre : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement L'enfant comprend : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement

ALIMENTATION	<p>L'enfant a besoin d'aide pour :</p> <p>Manger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Boire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>L'enfant a une diète spéciale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
HABILLEMENT	<p>L'enfant a besoin d'aide pour :</p> <p>S'habiller : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
DÉPLACEMENTS	<p>L'enfant se déplace :</p> <p>À l'intérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide</p> <p>À l'extérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide</p> <p>En fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Autre appareil (précisez) : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p>
SOINS PERSONNELS	<p>L'enfant a besoin d'aide pour :</p> <p><input type="checkbox"/> Ses soins personnels</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la toilette</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>
PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS	<p>L'enfant a des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave</p> <p><input type="checkbox"/> Épilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Problème cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie sévère</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>
PROBLÈME DE COMPORTEMENT	<p>L'enfant a des troubles de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres (morsure, frappe, bouscule, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Opposition régulière</p> <p><input type="checkbox"/> Fugue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>

Suite à la page suivante

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 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
PRÉCISIONS ADDITIONNELLES	Pourquoi, selon vous, votre enfant a-t-il besoin d'accompagnement pour participer au camp de jour de L'Ancienne-Lorette? Existe-t-il une raison d'ordre physique, sensoriel ou psychique, non mentionnée antérieurement dans ce formulaire, qui empêcherait ou limiterait la participation de votre enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, telles que : sortie en autobus scolaire, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, randonnée en patins à roues alignées, camping, sortie prolongée (plus de 24 heures), fête populaire, etc.?
IMPORTANT ! SORTIES À LA PISCINE OU AU PLAN D'EAU	Dans le cas où votre enfant aurait de la difficulté à nager, nous vous demandons de lui fournir une veste de sauvetage lors de sorties à la piscine, à défaut de quoi nous vous demanderons de le garder à la maison le jour de la sortie. <input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance de cette information.
RESSOURCES EXTERNES (Intervenant scolaire, psychologue, éducateur spécialisé, etc.)	Intervenant scolaire Nom : Titre : École :
	Intervenant (autre que scolaire, tel que CRDI) Nom : Titre : Établissement :
PARTICIPATION ANTÉRIEURE	Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au camp de jour de L'Ancienne-Lorette? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (précisez le nom du parc ou terrain de jeux) : Si non, a-t-il déjà reçu les services d'un accompagnateur ou autre pour participer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Suite à la page suivante

PRÉCISIONS DE FRÉQUENTATION

Nom de l'unité du terrain de jeux :

Nombre de jours par semaine :

Nombre d'heures par jour :

Lundi : AM PM

Mardi : AM PM

Mercredi : AM PM

Jeudi : AM PM

Vendredi : AM PM

SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise le personnel du Service des loisirs de la Ville de L'Ancienne-Lorette à contacter ultérieurement les personnes ressources côtoyant mon enfant (professeur, éducateur spécialisé, intervenant, etc.)

Signature :

Date :