

PROCÉDURE D'ANALYSE DES DEMANDES D'ACCOMMODEMENT

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Nom :	
Date de naissance :			

2. PORTRAIT DE LA SITUATION (UNE FICHE PAR ENFANT)

MÉDICATION ET POSOLOGIE	
SITUATION SCOLAIRE (classe adaptée, classe régulière...)	
ADAPTATION DE L'ÉCOLE (plan intervention)	
VOTRE ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN ACCOMPAGNATEUR AU CAMP ? SI OUI, QUEL SERAIT LE RATIO D'ENCADREMENT ?	
SITUATION MÉDICALE PARTICULIÈRE À CONSIDÉRER (ALLERGIES, ÉPILEPSIE, ASTHME, ETC.)	
ÉQUIPEMENT PERSONNEL (prothèse, chaise roulante, appareils auditifs, etc.)	

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LEFEBVRE

Est-ce que votre enfant adopte les comportements suivants ?			
ÉLÉMENTS À SURVEILLER AU NIVEAU DU COMPORTEMENT	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir ?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)	Quelle est la fréquence de ce comportement ? (Fréquemment, occasionnelle, rarement et jamais)
<input type="checkbox"/> Agressivité <ul style="list-style-type: none"> - Mord - Crache - Frappe - Lance des objets - Bouscule - Crie <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Utilise d'un langage inapproprié (insulte ou blasphème) <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Inconfort tactile (n'aime pas être touché) <input type="checkbox"/> Conscience du danger <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Brise le matériel <input type="checkbox"/> Phobies <input type="checkbox"/> Adaptation aux changements <input type="checkbox"/> Opposition à l'autorité (Opposition aux consignes et aux règles) <input type="checkbox"/> Relations sociales difficiles ou maladroites <input type="checkbox"/> Participation difficile aux activités <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Autre : _____			
A-t-il tendance à faire des crises ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (Agitation, isolement, etc.) ?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises ?	
A-t-il des phobies et/ou Peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (Ex : animaux, eau, vertige, etc.)		

3. DEGRÉ D'AUTONOMIE

Cochez le degré d'autonomie qui s'applique

		Aide constante	Aide fréquente	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Expression de ses sentiments/ressentis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A-t-il une surdité partielle ou complète?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Est-ce que sa capacité visuelle est réduite?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Aides à la communication utilisées : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées						
Participation aux activités	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interactions avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficulté à déroger de ses routines ou rituels (situation imprévue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au niveau de la psychomotricité, l'enfant peut : <input type="checkbox"/> Attraper un ballon <input type="checkbox"/> Courir pendant une certaine période <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux d'équipe Informations supplémentaires concernant la psychomotricité :					
	Au niveau de la sensibilité aux stimuli extérieurs, l'enfant peut : <input type="checkbox"/> Être dans la foule <input type="checkbox"/> Participer à une activité où il y a beaucoup de bruit <input type="checkbox"/> Participer à une activité ayant des effets surprises (jeu pouvant occasionner un sursaut) Informations supplémentaires concernant la sensibilité:					

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LEFEBVRE

Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle Précisez : (ex.: cathéter, couches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels (ex.: boîte à lunch, sac à dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	L'enfant a-t-il besoin d'un équipement spécialisé pour effectuer de courts déplacements sur le site du camp? (Ex. : fauteuil roulant, marchette, etc.) Si oui, lequel?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	L'enfant a-t-il besoin d'un équipement spécialisé pour effectuer de longues distances ou à l'extérieur du site du camp (ex. : parc municipal ou sortie en autobus)? Si oui, lequel?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Méthodes de transfert (si besoin) : <input type="checkbox"/> Avec le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau <input type="checkbox"/> Autre : Autres : <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre :					

4. RELATION AVEC LES AUTRES

Comment interagit-il avec :

Ses pairs?

Les détenteurs d'autorité ?

Les nouvelles personnes ?

5. PARTICIPATION

Quels sont les meilleurs moyens ou mesures pour faciliter sa participation ?

Quels sont les meilleurs moyens ou outils pour faciliter son autonomie ?

Quels éléments pourraient nuire ou limiter la participation de votre enfant à une journée régulière de camp de jour ?

L'enfant participe-t-il à des activités de loisir pendant la période de septembre à mai? Si oui, lesquelles et bénéficie-t-il un accompagnateur?

6. FORCES ET INTÉRÊTS

Quels sont ses forces?

Quels sont ses intérêts?

Signature du parent/tuteur

Date

ANALYSE ET SOLUTIONS POUR UNE INTÉGRATION RÉUSSIE

(Réservée à la direction du camp de jour)

Selon les éléments à considérer, sélectionnez dans la section 3, les options sélectionnées pour accommoder l'enfant ayant des besoins particuliers. Identifiez les coûts relatifs aux accommodements, la ou les personnes responsables de l'accommodement et les méthodes que cette personne devra mettre en place.

Élément particulier à l'enfant	Accommodements choisis	Coût (s'il y a lieu)	Personne responsable de l'accommodement choisi	Défi et/ou méthode à privilégier

Communiquez ces informations aux personnes concernées pour s'assurer d'une cohérence.

ÉVALUATION DES DEMANDES

Détaillez votre procédure d'évaluation des demandes d'accommodement.

Procédure d'inscription

*Évaluation des demandes
d'inscription*

Prise de décision
