

Objectifs du programme d'accompagnement

Le CCRSJB offre un programme d'accompagnement pour les enfants vivant avec un handicap et les enfants TDAH et/ou avec troubles de comportement. Au cours des années, les demandes sont toujours aussi nombreuses. Compte tenu des réalités financières et des ressources humaines disponibles, il est important pour le CCRSJB, en collaboration avec les parents utilisateurs, d'établir des règles de fonctionnement.

Le programme d'accompagnement vise à :

- Permettre aux participants (enfants âgés entre 5 et 13 ans et vivant avec un handicap ou TDAH et troubles de comportement) de vivre une expérience de vie de groupe pendant les vacances d'été.
- Permettre aux parents, aux tuteurs et aux familles d'accueil de profiter d'un service d'animation estivale.
- Favoriser l'intégration des enfants handicapés, TDAH et/ou troubles de comportement dans la vie de groupe et favoriser leur participation aux activités.

La clientèle admissible au programme d'accompagnement :

- Être résident de la Ville de Drummondville et avoir une Carte Accès Loisir valide ;
- Être âgé de 4 ans (entrée à la maternelle à l'automne) à 13 ans au début du camp de jour ;
- Vivre une situation de handicap ou d'incapacité ;
- Fournir un portrait réel de l'enfant et de ses besoins afin de permettre un accompagnement adéquat.
- Avoir reçu un diagnostic par un professionnel de la santé habilité ou être en démarche pour recevoir un diagnostic

La clientèle non admissible au programme d'accompagnement :

- Les enfants non-résidents de la ville de Drummondville
- Les enfants sans diagnostic ou qui ne sont pas en processus pour en recevoir un
- Les enfants de moins de 5 ans au 30 septembre et de plus de 13 ans au début du camp de jour de l'année en cours.

Critères du programme d'accompagnement :

- Les inscriptions se font au secrétariat. Le nombre d'inscriptions est limité. *Le Centre peut refuser toute inscription, faute de financement ou de ressources.*
- Les frais d'inscription sont à la semaine, que l'accompagnement soit d'un jour par semaine ou de 5 jours semaine.
- Les enfants doivent être âgés entre 4 ans (entrée à la maternelle à l'automne 2018) et 13 ans au début du camp de jour
- Être autonomes sur le plan de l'hygiène et de l'alimentation. Les jeunes aux couches seront évalués individuellement.
- Les jeunes doivent être en mesure de suivre le groupe de façon générale au cours de la journée. Notre programme n'est pas un service de gardiennage individuel. Le mandat premier du programme est de favoriser l'intégration des enfants dans les différents groupes.
- Pour les sorties optionnelles offertes au camp de jour, les enfants inscrits au camp d'intégration pourront y aller si un ou des accompagnateurs peuvent y aller.
- Des sanctions pourront être prises pour des comportements inadéquats et répétitifs. Celles-ci pourront aller jusqu'à une suspension.
- Les règles de vie du programme estival sont les mêmes pour l'ensemble des camps incluant le camp d'intégration.

Votre collaboration tout au long de l'été est importante !

Pour que votre demande d'accompagnement soit valide, vous devez compléter TOUS les renseignements demandés sur le document. Le formulaire doit être transmis à l'organisme **le 11 mai 2018 à 17h00 au plus tard.**

IMPORTANT : Compléter le formulaire et satisfaire aux conditions d'admissibilité ne confirme en aucun cas l'accompagnement du jeune et une place au camp de jour

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse principale (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Code postal :	Téléphone :
Date de naissance :	N° carte Accès Loisir :	Date expiration :
Nom du parent responsable :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Cellulaire :	Courriel :
L'enfant habite : <input type="checkbox"/> ses 2 parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
L'enfant fréquente présentement l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nom de l'école :	
Si oui, est-il dans une classe régulière <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe : _____ intervenant(s) / _____ enfants Nb Nb	

2. PORTRAIT DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic par un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel :	
Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel ont débuté les démarches pour établir un diagnostic)	
Nom du professionnel :	Titre :
Téléphone : # _____	Organisation :
Type d'incapacité <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Trouble santé mentale <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Trouble de langage <input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) – spécifiez : _____	
Compréhension L'enfant se fait comprendre : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Bien, avec attention <input type="checkbox"/> Difficilement L'enfant comprend : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Bien, avec attention <input type="checkbox"/> Difficilement	
Communication - Langage utilisé <input type="checkbox"/> Parlé <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Appareil de communication, précisez :	
Alimentation Votre enfant a besoin d'aide pour : Manger <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Boire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Diète spéciale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre, spécifiez :	Déplacements L'enfant se déplace : À l'intérieur <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide À l'extérieur <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide En fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide Autre aide à la mobilité <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide
Habillage Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Soins personnels Votre enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :

2. PORTRAIT DE L'ENFANT (suite)

Problèmes de comportement Votre enfant a des problèmes de comportement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nature des problèmes <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Problème de fugue <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____		Interventions à privilégier :	
Interventions particulières de 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"/> Aide aux transitions <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou nourriture <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène et de santé <input type="checkbox"/> Diminution de l'anxiété <input type="checkbox"/> Horaire et gestion du temps <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____			
Problèmes de santé Votre enfant souffre-t-il : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____		Personnalité de l'enfant <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Timide <input type="checkbox"/> S'isole <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Colérique <input type="checkbox"/> Solitaire <input type="checkbox"/> Sociable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Influençable	

3. ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

Votre enfant adopte-t-il les comportements suivants ?					
Comportements	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Interventions privilégiées selon le comportement
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilise un langage inapproprié (insulte, blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opposition aux consignes et règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'éloigne du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intolérance au bruit	<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"/>	
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à gérer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N'aime pas être touché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin

SITUATIONS	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
<u>Autonomie</u>					
Habillement (ex : se vêtir, attacher ses souliers, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Hygiène personnelle, précisez :	<input type="checkbox"/>				
Alimentation	<input type="checkbox"/>				
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>				
Gérer ses effets personnels (sac à dos, boîte à lunch, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>				
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>				
<u>Participation aux activités</u>					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>				
Fonctionnement du groupe	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité globale (sport, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Baignade	<input type="checkbox"/>				
<u>Communication</u>					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>				
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>				
<u>Déplacement</u>					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>				
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>				
Escaliers	<input type="checkbox"/>				
Autobus	<input type="checkbox"/>				

5. GOÛTS ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Quels sont les intérêts et activités préférées de l'enfant?

6. SERVICES ACTUELS – RESSOURCES DE L'ENFANT

Il est important d'inscrire le nom et les coordonnées complètes du ou des intervenant(s) qui suivent ACTUELLEMENT votre enfant.

Intervenant(s)	CRDI	CIUSSS MCQ	Centre jeunesse	Interval	Autre (précisez)	École (précisez)
Nom du professionnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre :						
Téléphone avec n° poste :						
Nom du professionnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre :						
Téléphone avec n° poste :						
<input type="checkbox"/> Mon enfant n'est suivi par aucun intervenant						

En considérant ce qui précède, j'autorise les représentants du Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste (CCRSJB) à communiquer avec les intervenants œuvrant auprès de mon enfant afin d'avoir de plus amples renseignements et à l'informer du déroulement du camp si nécessaire.

J'ai lu et j'accepte les informations mentionnées ci-haut

Signature

Date

7. SEMAINES DE FRÉQUENTATION

Semaines	Camp de jour	Service de garde	Heures
Du 26 au 29 juin 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 2 au 6 juillet 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 9 au 13 juillet 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 16 au 20 juillet 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 23 au 27 juillet 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 30 au 3 août 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 6 au 10 août 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 13 au 17 août 2018	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :

8. BESOINS EN ACCOMPAGNEMENT

Est-il possible de jumeler l'enfant avec un autre jeune ? Oui Non

Ratio recommandé :

1 pour 1 : L'enfant ne peut pas être jumelé avec un autre enfant. Ses besoins nécessitent que l'accompagnateur soit en soutien constant.

1 pour 2 : L'enfant peut être jumelé avec un autre enfant. L'accompagnateur doit apporter un soutien continu, mais peut partager son temps entre les 2.

1 pour 3 : L'enfant a besoin d'une surveillance et d'un encadrement dans les activités du camp de jour pour bien s'intégrer. Il peut être jumelé avec 2 autres enfants.

Commentaires :

9. AUTORISATIONS ET SIGNATURE DU RÉPONDANT

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation***

Je déclare que les renseignements fournis dans ce présent formulaire sont exacts et complets. **Dans le cas contraire, le CCRSJB, se réserve le droit de considérer la demande non admissible.**

Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je m'engage à les autoriser à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.

J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du camp d'intégration à échanger les informations entre elles et à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

Je m'engage à respecter la décision du CCRSJB

Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant en camp de jour

Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande

Signature et date :

Nom complet en lettres majuscules :

Lien avec l'enfant :