



**SAINT
BASILE**



Demande d'accompagnement au Camp de jour de la Ville de Saint-Basile Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant

Pour que la demande d'accompagnement soit évaluée par l'organisation, tous les renseignements demandés doivent être fournis par le répondant de l'enfant. Le formulaire doit être transmis à la Ville de Saint-Basile au plus tard le **24 avril 2026**.

Lorsqu'une demande est transmise à l'organisation, celle-ci est analysée afin d'évaluer notre capacité à répondre adéquatement aux besoins d'accompagnement de l'enfant. Le répondant de l'enfant sera contacté suite à l'analyse de la demande.

Renseignements sur l'identité de l'enfant et de son responsable légal

Nom de l'enfant		Prénom de l'enfant	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville Saint-Basile	Province QC	Code postal GOA 3G0	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre identité de genre <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	
1- Nom du parent ou du responsable légal	Prénom	Lien avec l'enfant	
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	Courriel	
2- Nom du parent ou du responsable légal	Prénom	Lien avec l'enfant	
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	Courriel	
L'enfant fréquente présentement l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quel est le nom de son école : Degré scolaire actuel :	
Si oui, est-il dans une classe à parcours régulier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		S'il ne fréquente pas une classe à parcours régulier, quel type de classe votre enfant fréquente-t-il?	

Historique d'accompagnement

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel est le nom du camp
Bénéficiait-il d'un accompagnement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant) <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :

Statut du diagnostic de l'enfant

Ces informations nous aideront à mieux cibler les besoins en accompagnement de l'enfant.

Si vous préférez ne pas répondre, vous pouvez passer à la section suivante.

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre enfant a-t-il reçu d'un diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, aux lignes suivantes, il vous est possible d'inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez fait des démarches concernant un diagnostic.			
Nom du professionnel	Organisation	Titre du professionnel	Numéro de téléphone

Ressources de l'enfant (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, ...)

Ces informations faciliteront la communication, nous aideront à planifier nos ressources adéquatement et ainsi à assurer un accompagnement adapté à l'enfant. *Si vous préférez ne pas répondre, vous pouvez passer à la section suivante.*

Il est important d'inscrire le nom et les coordonnées complètes des intervenants qui suivent **ACTUELLEMENT** votre enfant.

Intervenant(s)	CRDIQ	IRDPO	CIUSSS Capitale- Nationale	Centre de services scolaire de Portneuf	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre						
Téléphone (incluant le numéro du poste)						
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre						
Téléphone (incluant le numéro du poste)						

Mon enfant n'est suivi par aucun intervenant.

En cochant cette case, vous nous autorisez à communiquer avec les intervenants de votre enfant.

Nature des limitations de l'enfant

Cette section nous aidera à évaluer les besoins en accompagnement de votre enfant.

Si vous préférez ne pas répondre, vous pouvez passer à la section suivante.

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	<input type="checkbox"/> Autisme léger	<input type="checkbox"/> Autisme moyen	<input type="checkbox"/> Autisme sévère
	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> Fine et globale	<input type="checkbox"/> Fine	<input type="checkbox"/> Globale
	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole	<input type="checkbox"/> Compréhension	<input type="checkbox"/> Expression	<input type="checkbox"/> Mixte
	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité (TDAH)		<input type="checkbox"/> Sans hyperactivité (TDA)
	Précisez :		

Nature des limitations de l'enfant (suite)

Cette section nous aidera à évaluer les besoins en accompagnement de votre enfant.

Si vous préférez ne pas répondre, vous pouvez passer à la section suivante.

<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Passivité
<input type="checkbox"/> Santé particulière (ex.: allergies sévères, épilepsie, diabète, ...)	Précisez :			
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :			
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :			

Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Cette section nous aidera à évaluer l'attitude et les comportements de l'enfant et d'ainsi pouvoir adapter au besoin les règles de vie mises en place au Camp de jour en fonction des besoins de l'enfant.

* Se référer à la section « règles de vie » qui se trouve dans le document d'information pour les parents.

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?

Comportements	Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais
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 ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<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"/>
Éveil sexuel	<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"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<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"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir lorsqu'un de ces comportements se manifeste?

Évaluation du degré de supervision

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

Situations	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
1. Autonomie					
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments	<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"/>
2. 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"/>
Interaction 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, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, ballon, activités psychomotrices, ...)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. Communication					
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"/>
4. Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Évaluation du degré de supervision (suite)

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

Situations	Oui	Non	Précisez
5. Aide à la mobilité			
Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Aide à la communication			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de camp de jour (ex. : durée de la journée (9h à 16h), sortie à l'extérieur du camp, ...) ?

Oui Non

Précisez :

Y a-t-il d'autres renseignements importants à connaître afin de mettre en place, pour l'enfant, des mesures pour :

Faciliter son autonomie

Précisez :

Faciliter sa participation

Précisez :

Limiter ou contrôler des situations de désorganisation

Précisez :

Quelles sont les forces et les intérêts de l'enfant?

Participation de l'enfant à d'autres activités de loisirs pendant l'année

Vote enfant participe-t-il à d'autres activités de loisirs pendant la période des mois de septembre à mai? Précisez :
 Oui Non

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement? Précisez :
 Oui Non

Horaire de fréquentation de l'enfant

L'horaire régulier du camp de jour est de 9h à 16h. Le camp de jour offre un service de garde avant et après l'horaire régulier (7h à 9h et 16h à 17h30).

L'accompagnement, conditionnelle à l'acceptation de la demande, prévoit de permettre à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier du camp de jour ainsi que durant le service de garde. L'horaire du personnel estival ne pourra excéder 40 heures par semaine. Toutefois, une entente particulière pourrait être prise selon la disponibilité de chaque accompagnateur désigné. *Il se peut donc que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.*

Veillez remplir la grille horaire des périodes de fréquentation afin que celle-ci se colle le plus possible à vos besoins réels.

Grille horaire des périodes de fréquentation de l'enfant au camp de jour

Choix des semaines de camp de jour		Heure d'arrivée approximative	Heure de départ approximative	Nombre de jours par semaine
Semaine 1 (25 et 26 juin 2026)	<input type="checkbox"/>			
Semaine 2 (29 juin au 3 juillet) <i>Férié le 1^{er} juillet</i>	<input type="checkbox"/>			
Semaine 3 (6 au 10 juillet)	<input type="checkbox"/>			
Semaine 4 (13 au 17 juillet)	<input type="checkbox"/>			
Semaine 5 (20 au 24 juillet)	<input type="checkbox"/>			
Semaine 6 (27 au 31 juillet)	<input type="checkbox"/>			
Semaine 7 (3 au 7 août)	<input type="checkbox"/>			
Semaine 8 (10 au 14 août)	<input type="checkbox"/>			

Si votre demande requiert plus de 40 heures, veuillez spécifier les plages horaires supplémentaires requises :

Autorisation et signature du répondant

	Initiales
Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts, complets et que j'ai complété le formulaire au meilleur de mes connaissances.	
Je confirme que le bien-être de mon enfant a été pleinement considéré au moment de remplir le formulaire.	
J'autorise les personnes directement impliquées dans l'intégration de mon enfant au camp de jour à échanger des 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. Toutes informations resteront confidentielles.	
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.	
Je m'engage à respecter la décision de l'organisation concernant ma demande d'accompagnement.	
Je m'engage à informer l'organisation de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour.	
Je m'engage à collaborer avec l'organisation dès que celle-ci en fait la demande.	

Signature

Date

Nom en lettres majuscules