

IMPORTANT !

Avant de compléter le formulaire, enregistrez-le sur votre bureau et remplissez le nouveau fichier enregistré.

■ **PROFIL DE L'ENFANT**

Nom :	Prénom :
Date de naissance : JJ MM AAAA	Âge : Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse :	Code postal :

■ **PARENTS**

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Téléphone à la maison :	Téléphone à la maison :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :
Cellulaire :	Cellulaire :
Courriel :	Courriel :

■ **PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)**

Personne-ressource :	Personne-ressource :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone:	Téléphone:



■ INFORMATION SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il un(des) diagnostic(s)? (trouble de comportement, trouble du spectre de l'autisme, trouble d'opposition, trouble de langage, dyspraxie, déficience intellectuelle, etc.)

Oui Non

Si oui, lequel/lesquels?

Votre enfant est-il en attente d'un(des) diagnostic(s)? (démarche en cours pour une évaluation)

Oui Non

Si oui, lequel/lesquels?

Votre enfant a-t-il une(des) condition(s) médicale(s) particulière(s) que nous devrions connaître pour assurer son accompagnement? (diabète, épilepsie, diète spéciale, problème cardiaque, allergies, etc.)

Oui Non

Si oui, lequel/lesquels?

■ MÉDICATION

Est-ce que votre enfant doit prendre une médication lorsqu'il est au camp de jour (durant la journée)?

Oui Non

Si oui, de quel type?

L'enfant est-il en mesure de la prendre par lui-même?

Oui Non

Expliquez :

Moment où l'enfant doit prendre sa médication :

Si votre enfant doit prendre une médication au camp de jour, veuillez svp remplir le formulaire d'autorisation de prise de médicaments.



POUR APPRENDRE À CONNAITRE VOTRE ENFANT

Pour les prochaines sections, vous êtes invités à cocher les éléments qui représentent le mieux votre enfant. Nous vous invitons à ajouter des précisions, des exemples ou des interventions dans les champs appropriés afin de nous aider à mieux répondre aux besoins de votre enfant.

■ QUELLES AFFIRMATIONS DÉCRIVENT LE MIEUX VOTRE ENFANT ?

<input type="checkbox"/> Empathique	<input type="checkbox"/> Dynamique/extraverti	<input type="checkbox"/> Sensible
<input type="checkbox"/> Affectueux	<input type="checkbox"/> Motivé	<input type="checkbox"/> Fonceur
<input type="checkbox"/> Créatif	<input type="checkbox"/> Flexible (s'adapte bien)	<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Généreux	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Impatient
<input type="checkbox"/> Sociable	<input type="checkbox"/> Rigide aux changements	<input type="checkbox"/> Curieux
<input type="checkbox"/> Discret/introverti	<input type="checkbox"/> Persévérant	<input type="checkbox"/> Minutieux
<input type="checkbox"/> Organisé	<input type="checkbox"/> Impulsif/colérique	<input type="checkbox"/> Autre :

■ QUELS SONT SES INTÉRÊTS ?

<input type="checkbox"/> Sport d'équipe (soccer, football, etc.)	<input type="checkbox"/> Technologies	<input type="checkbox"/> Voitures/trains/avions
<input type="checkbox"/> Sport individuel (karaté, tennis, etc.)	<input type="checkbox"/> Jeux vidéo	<input type="checkbox"/> Animaux
<input type="checkbox"/> Nager ou se baigner	<input type="checkbox"/> Lecture/écriture	<input type="checkbox"/> Insectes
<input type="checkbox"/> Jouer dehors	<input type="checkbox"/> Bricolage	<input type="checkbox"/> Cuisiner
<input type="checkbox"/> Danse	<input type="checkbox"/> Musique/chant	<input type="checkbox"/> Sciences
<input type="checkbox"/> Jeux de société	<input type="checkbox"/> Émissions de télévision	<input type="checkbox"/> Théâtre
<input type="checkbox"/> Vélo	<input type="checkbox"/> Courir	<input type="checkbox"/> Autre :



■ **MON ENFANT A TENDANCE À SE SENTIR (cochez les émotions qui sont les plus fréquentes et intenses) :**

<input type="checkbox"/> Anxieux	<input type="checkbox"/> Confus/envahi par plusieurs émotions
<input type="checkbox"/> Fâché	<input type="checkbox"/> Peur
<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Jaloux
<input type="checkbox"/> Heureux/joyeux	<input type="checkbox"/> Honteux/coupable
<input type="checkbox"/> Excité	<input type="checkbox"/> Autre :

■ **EN QUELQUES PHRASES, DÉCRIVEZ VOTRE ENFANT (physiquement, personnalité, goûts, etc.)**

■ **MON ENFANT A TENDANCE À RÉAGIR FORTEMENT :**

<input type="checkbox"/> Aux bruits forts	<input type="checkbox"/> Lorsqu'il fait chaud
<input type="checkbox"/> Lorsqu'on lui touche (bras ou autres)	<input type="checkbox"/> Lorsqu'il perd (dans les jeux)
<input type="checkbox"/> Aux frottements des vêtements sur sa peau (étiquettes, etc.)	<input type="checkbox"/> Aux textures alimentaires
<input type="checkbox"/> Lorsqu'il est mouillé (s'il reçoit de l'eau sur lui ou ses vêtements)	<input type="checkbox"/> Aux refus de l'adulte
<input type="checkbox"/> Lorsqu'il y a des changements (de toutes sortes)	<input type="checkbox"/> Lorsqu'une activité plaisante se termine
<input type="checkbox"/> Aux stimuli visuels	<input type="checkbox"/> Autre :



■ **MON ENFANT A BESOIN D'AIDE POUR :**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se déplacer (difficile pour l'enfant de marcher ou courir) | <input type="checkbox"/> Manger (il ne mange pas seul) |
| <input type="checkbox"/> Monter ou descendre les escaliers | <input type="checkbox"/> Percevoir les dangers |
| <input type="checkbox"/> Attraper et/ou lancer un ballon, balle, etc. | <input type="checkbox"/> Aller jouer dans les modules |
| <input type="checkbox"/> Manipuler des crayons et/ou des ciseaux | <input type="checkbox"/> Aller à la toilette (s'essuyer, s'organiser, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nager (veste de flottaison) | <input type="checkbox"/> Mettre sa crème solaire |
| <input type="checkbox"/> Attacher ses souliers | <input type="checkbox"/> S'habiller ou se déshabiller |

■ **DURANT LE CAMP DE JOUR, MON ENFANT AURA BESOIN D'AIDE POUR :**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se faire des amis(es) | <input type="checkbox"/> Régler ses conflits |
| <input type="checkbox"/> Se faire comprendre par les autres | <input type="checkbox"/> Reconnaître ses émotions |
| <input type="checkbox"/> Partager (jeux, objets, attention de l'adulte, etc.) | <input type="checkbox"/> Soutenir son attention |
| <input type="checkbox"/> Jouer en équipe | <input type="checkbox"/> L'orienter dans l'espace |
| <input type="checkbox"/> Participer aux activités | <input type="checkbox"/> Gérer ses émotions (prendre ses moyens) |
| <input type="checkbox"/> Entretenir des relations positives avec les autres | <input type="checkbox"/> Comprendre son environnement |
| <input type="checkbox"/> Avoir du plaisir | <input type="checkbox"/> Autre : |

■ **GÉNÉRALEMENT, MON ENFANT A DE LA DIFFICULTÉ À :**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comprendre les consignes | <input type="checkbox"/> S'exprimer devant un groupe |
| <input type="checkbox"/> Exprimer ses idées | <input type="checkbox"/> Prendre sa place (s'affirmer) |
| <input type="checkbox"/> Parler (il est non-verbal) | <input type="checkbox"/> Communiquer en situation de conflits |
| <input type="checkbox"/> Comprendre le langage non-verbal des autres | <input type="checkbox"/> Communiquer (refuse de parler) |
| <input type="checkbox"/> Parler doucement (tendance à parler trop fort) | <input type="checkbox"/> Autre : |



■ EN LIEN AVEC LES QUESTIONS PRÉCÉDENTES, AVEZ-VOUS DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES, DES TRUCS OU DES CONSEILS À NOUS DONNER ?

Les questions suivantes ont pour but de mieux comprendre les comportements de votre enfant lorsqu'il vit une situation difficile. Veuillez répondre en fonction des comportements observés lors de la dernière année (notamment ceux présents en début d'année scolaire). Le camp de jour est un nouvel environnement pour votre enfant, il aura besoin d'une période d'adaptation. L'accompagnateur pourra mieux le soutenir en sachant s'il pourrait ou non adopter ces comportements.

■ VOTRE ENFANT A TENDANCE À :

	Jamais	Parfois	Souvent
Lancer des objets lorsqu'il est fâché et/ou pour le plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briser des objets lorsqu'il est en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voler des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frapper les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frapper l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cracher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire mal (frappe sa tête, s'arrache les cheveux, se mord, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crier lorsqu'il est fâché et/ou excité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuguer (quitte sans avertir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigner volontairement pour obtenir l'attention de l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se défouler verbalement (insulte les amis ou l'adulte, menace, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuser de suivre l'adulte (ex. : reste à l'extérieur pour jouer au parc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentir à l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fâcher au point où un arrêt d'agir physique est nécessaire (contention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



■ GÉNÉRALEMENT, CES COMPORTEMENTS SONT DÉCLENCHÉS PAR :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un refus de l'adulte | <input type="checkbox"/> Une incompréhension |
| <input type="checkbox"/> Un conflit avec un autre enfant | <input type="checkbox"/> De la fatigue |
| <input type="checkbox"/> Une contrariété | <input type="checkbox"/> Une nouveauté |
| <input type="checkbox"/> De l'anxiété | |
| <input type="checkbox"/> Un changement dans la routine | <input type="checkbox"/> Autre : |

■ POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE UN PEU PLUS ?



POUR NOUS AIDER À MIEUX INTERVENIR AUPRÈS DE VOTRE ENFANT

■ QUELLES SONT LES INTERVENTIONS GAGNANTES AVEC VOTRE ENFANT ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Décompte lors des consignes (1-2-3) | <input type="checkbox"/> Discuter avec la fratrie (moment entre eux) |
| <input type="checkbox"/> Pause (à l'extérieur du groupe) | <input type="checkbox"/> Annoncer la fin des activités 5 minutes avant |
| <input type="checkbox"/> Temps de jeux calme (seul/supervisé ou avec l'adulte) | <input type="checkbox"/> Horaire de la journée (visuel ou non) |
| <input type="checkbox"/> Bouger pour dépenser de l'énergie | <input type="checkbox"/> <i>Time timer</i> pour la gestion du temps |
| <input type="checkbox"/> Renforcement positif (encouragements, sourires, etc.) | <input type="checkbox"/> Pictogrammes |
| <input type="checkbox"/> Tableau de renforcement (collants, pointage, etc.) | <input type="checkbox"/> Dessiner les consignes |
| <input type="checkbox"/> Discuter avec l'adulte | <input type="checkbox"/> Périodes de récompenses |
| <input type="checkbox"/> Intervenir avec humour | <input type="checkbox"/> Méthode des trois avertissements |
| <input type="checkbox"/> Tenter de lui changer les idées | <input type="checkbox"/> Local calme ou d'apaisement (au besoin) |
| <input type="checkbox"/> Tenir la main de l'enfant lors des déplacements | <input type="checkbox"/> Utiliser le groupe comme modèle |
| <input type="checkbox"/> De parler avec vous (parents) | <input type="checkbox"/> Autre : |

■ MATÉRIEL OU OUTILS UTILES POUR VOTRE ENFANT QUE VOUS POUVEZ FOURNIR :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pictogrammes | <input type="checkbox"/> Livres de lecture |
| <input type="checkbox"/> Coquilles | <input type="checkbox"/> Cahier de dessin |
| <input type="checkbox"/> Matériel pour la concentration ou anxiété (balle, tangle, etc.) | <input type="checkbox"/> Autre : |



■ **VOUS ÊTES L'EXPERT DE VOTRE ENFANT.**

Nous avons besoin de votre aide pour nous guider dans nos interventions auprès de votre enfant.
Quels sont vos attentes et les meilleurs trucs à garder en tête pour intervenir auprès de lui ?
Y a-t-il des éléments à savoir et/ou à éviter ?



HORAIRE DE VOTRE ENFANT

Pour le programme d'accompagnement, vous devrez payer les coûts d'inscription à la journée. Ce programme fonctionne différemment du camp de jour régulier puisque votre enfant est accompagné en tout temps. Pour nous assurer de bien accompagner votre enfant, nous vous invitons à indiquer les heures d'arrivée et de départ pour chacune des journées où votre enfant sera présent. Cela nous permettra, entre autres, d'ajuster l'embauche et l'horaire des employés selon vos besoins réels.

Le respect de l'horaire est très important pour le bon fonctionnement du programme. En ce sens, nous demandons votre collaboration.

Néanmoins, nous sommes conscients qu'il peut être difficile de déterminer à l'avance l'horaire de votre enfant. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir le tableau le plus fidèlement possible.

■ POUR COMPLÉTER L'HORAIRE, VOUS DEVEZ :

- 1 Cocher les semaines et les journées de fréquentation désirées.
- 2 Indiquer pour chaque journée, l'heure d'arrivée (AM) et de départ (PM) de l'enfant. **Veillez inscrire les heures ainsi : HH:MM**

Semaines	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/> Semaine 1 (27 juin au 1 ^{er} juillet)	<input type="checkbox"/> 27 juin AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 28 juin AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 29 juin AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 30 juin AM _____ PM _____	1^{er} juillet FÉRIÉ
<input type="checkbox"/> Semaine 2 (4 au 8 juillet)	<input type="checkbox"/> 4 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 5 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 6 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 7 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 8 juillet AM _____ PM _____
<input type="checkbox"/> Semaine 3 (11 au 15 juillet)	<input type="checkbox"/> 11 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 12 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 13 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 14 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 15 juillet AM _____ PM _____
<input type="checkbox"/> Semaine 4 (18 au 22 juillet)	<input type="checkbox"/> 18 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 19 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 20 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 21 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 22 juillet AM _____ PM _____
<input type="checkbox"/> Semaine 5 (25 au 29 juillet)	<input type="checkbox"/> 25 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 26 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 27 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 28 juillet AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 29 juillet AM _____ PM _____
<input type="checkbox"/> Semaine 6 (1 ^{er} au 5 août)	<input type="checkbox"/> 1^{er} août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 2 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 3 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 4 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 5 août AM _____ PM _____
<input type="checkbox"/> Semaine 7 (8 au 12 août)	<input type="checkbox"/> 8 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 9 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 10 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 11 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 12 août AM _____ PM _____
<input type="checkbox"/> Semaine 8 (15 au 19 août)	<input type="checkbox"/> 15 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 16 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 17 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 18 août AM _____ PM _____	<input type="checkbox"/> 19 août AM _____ PM _____



Est-ce que l'horaire complété dans ce formulaire pourrait changer d'ici le début de l'été? Oui Non

Si oui, à quel moment pourrez-vous nous confirmer l'horaire (vacances et autres) :

Prendre note que les horaires sont faits au mois de juin. Par la suite, il peut être plus difficile d'ajouter des semaines ou de modifier des éléments.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET INTERVENANTS

Le programme d'accompagnement vise à offrir un soutien à votre enfant durant l'été. Ainsi, nous vous invitons à joindre à cette demande au moins un document supplémentaire (voir les suggestions ci-dessous) pour nous permettre de faire l'évaluation complète de ses besoins. L'échange et le partage d'information entre les divers milieux de vie de votre enfant sont primordiaux pour réaliser l'évaluation globale de votre demande.

■ INFORMATION EN LIEN AVEC L'ÉCOLE

École de l'enfant :

Commission scolaire :

Niveau scolaire :

Nom de l'enseignant(e) :

Classe régulière

Classe adaptation scolaire

Classe trouble de comportement

Classe TEACH

Classe trouble de langage

Autre :

Nombre enseignant/intervenant :

Nombre d'élèves :

Autres informations pertinentes en lien avec l'école :

Est-ce que votre enfant a de l'accompagnement en classe? Oui Non

Si oui, combien d'heures par semaine?

Est-ce qu'il a de l'accompagnement au service de garde? Oui Non

Si oui, combien d'heures par semaine?

■ DOCUMENTS QUI NOUS SERONT FOURNIS

Plan d'intervention

Autorisation d'entrer en contact avec l'intervenant de l'enfant

Bilan de suivi

Évaluation

Tout autre document pertinent :



■ ATTESTATION DES INFORMATIONS FOURNIES

- J'atteste avoir fourni toutes les informations concernant les besoins de mon enfant afin que la Ville de Mascouche puisse évaluer la demande d'un service d'accompagnement.
- J'autorise le Service de la culture, des loisirs et de la vie communautaire de la Ville de Mascouche ainsi que l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de Lanaudière (équipe responsable de l'évaluation des demandes) à évaluer la demande d'accompagnement pour mon enfant au camp de jour.
- J'autorise la Ville de Mascouche à transmettre ce document ainsi que toutes les informations importantes pour l'accompagnement de mon enfant aux membres de l'équipe qui travailleront avec mon enfant (accompagnateurs, équipe de coordination, responsables).

Ce formulaire a été rempli par :

Signature

Date :

JJ MM AAAA

CONSIGNES AU DEMANDEUR

1. Imprimez et signez le formulaire dûment rempli.
2. Réunissez les documents requis.
3. Transmettez votre demande par courriel à l'adresse campdejour@ville.mascouche.qc.ca ou déposez-la dans une enveloppe cachetée dans la chute à courrier située face à l'hôtel de ville (3034, chemin Sainte-Marie), à l'attention des camps de jour.

COORDONNÉES

Service de la culture, des loisirs et de la vie communautaire
campdejour@ville.mascouche.qc.ca
450 474-4133, poste 2000

