

Le présent formulaire a été élaboré pour permettre à l'équipe de camp de jour de mieux comprendre les besoins de l'enfant et d'évaluer le niveau de soutien en accompagnement dont il a besoin pour intégrer le camp et vivre une expérience positive.

Le processus d'évaluation d'une demande d'intégration nécessite de recueillir le plus d'information possible sur l'enfant et ses besoins.

Il est donc important de bien remplir chaque section du questionnaire et d'y inclure le maximum de détails.

Pour toute question, concernant le processus d'évaluation et le programme d'intégration du camp, n'hésitez pas à contacter Josianne Bélanger, régisseuse, Aquatique, camps de jour et sports par téléphone, au 450-562-3781, poste 7311 ou par courriel à [jbelanger@lachute.ca](mailto:jbelanger@lachute.ca).

## Section 1 : Renseignements généraux

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Situation particulière (diagnostic ou hypothèse) : \_\_\_\_\_

Contexte de classe actuel (ratio, type de classe, mesures atténuantes) : \_\_\_\_\_

Personne(s) ressource(s) : \_\_\_\_\_

## Section 2 : Habiletés sociales et personnelles

Veuillez indiquer le niveau de soutien dont l'enfant a besoin pour réaliser les actions suivantes :

Exemple : 100 % = chaque fois que l'enfant doit résoudre un conflit, il a besoin de l'aide d'un adulte. 10 % = une fois ou moins sur 10 l'adulte doit aider l'enfant à résoudre un conflit.	<b>Constant</b> 100 % du temps	<b>Fréquent</b> 75 % du temps	<b>1 fois sur 2</b> 50 % du temps	<b>Occasionnel</b> 25 % du temps	<b>Rare</b> 10 % du temps	Aucun soutien requis	Je ne sais pas
1. Interagir avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gérer les réussites et les échecs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Résoudre les conflits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faire des compromis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Accepter de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Attendre son tour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Être ouvert à la nouveauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires (ex : interventions à privilégier et/ou à éviter) : \_\_\_\_\_

## Section 3 : Habiletés fonctionnelles

Veuillez indiquer le niveau de soutien dont l'enfant a besoin pour réaliser les actions suivantes :

Exemple : 100 % = chaque fois que l'enfant doit se changer, il a besoin de l'aide d'un adulte.  10 % = une fois ou moins sur 10 un adulte doit aider l'enfant à se changer.	<b>Constant</b> 100 % du temps	<b>Fréquent</b> 75 % du temps	<b>1 fois sur 2</b> 50 % du temps	<b>Occasionnel</b> 25 % du temps	<b>Rare</b> 10 % du temps	Aucun soutien requis	Je ne sais pas
1. Se vêtir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prendre son repas et ses collations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. S'orienter dans l'école ou le parc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mettre de la crème solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prendre de la médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il besoin d'aide technique au déplacement, si oui précisez (ex : chaise roulante) : \_\_\_\_\_

Commentaires (ex : interventions à privilégier et/ou à éviter) : \_\_\_\_\_

## Section 4 : Communication et connaissance de soi

Veuillez indiquer le niveau de soutien dont l'enfant a besoin pour réaliser les actions suivantes :

Exemple : 100 % = l'enfant ne communique jamais ses besoins verbalement ni avec des outils.  10 % = une fois ou moins sur 10, l'enfant est en mesure de communiquer ses besoins verbalement ou avec des outils.	<b>Constant</b> 100 % du temps	<b>Fréquent</b> 75 % du temps	<b>1 fois sur 2</b> 50 % du temps	<b>Occasionnel</b> 25 % du temps	<b>Rare</b> 10 % du temps	Aucun soutien requis	Je ne sais pas
1. Communiquer et se faire comprendre par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comprendre les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Communiquer ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Respecter ses limites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Reconnaître ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nommer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Réguler ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Reconnaître les émotions des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires (ex : interventions à privilégier et/ou à éviter) : \_\_\_\_\_

## Section 5 : Participation aux activités

Veuillez indiquer le niveau de soutien dont l'enfant a besoin pour réaliser les actions suivantes :

Exemple : 100 % = un adulte doit soutenir l'enfant durant toute la durée de l'activité pour qu'il y participe activement  10 % = un adulte doit soutenir l'enfant seulement deux minutes avant l'activité pour l'aider à comprendre les consignes données par l'animateur	<b>Constant</b> 100 % du temps	<b>Fréquent</b> 75 % du temps	<b>1 fois sur 2</b> 50 % du temps	<b>Occasionnel</b> 25 % du temps	<b>Rare</b> 10 % du temps	Aucun soutien requis	Je ne sais pas
1. Suivre l'horaire établi par l'animatrice/animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vivre les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vivre les temps libres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Participer activement à des activités de groupe ou jouer à des jeux d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Participer activement à des activités de motricité fine (bricolage, manipulation, insertion, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Participer activement à des activités de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Participer activement à des activités où l'attention est requise (spectacle, lecture, causerie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se baigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gérer les imprévus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires (ex : interventions à privilégier et/ou à éviter) : \_\_\_\_\_

## Section 6 : Comportements spécifiques

Veuillez indiquer le niveau de soutien dont l'enfant a besoin pour réaliser les actions suivantes :

Exemple : 100 % = l'enfant est capable de garder le silence sans l'aide d'un adulte.  10 % = une fois ou moins sur 10, un adulte doit intervenir pour que l'enfant garde le silence.	<b>Constant</b> 100 % du temps	<b>Fréquent</b> 75 % du temps	<b>1 fois sur 2</b> 50 % du temps	<b>Occasionnel</b> 25 % du temps	<b>Rare</b> 10 % du temps	Aucun soutien requis	Je ne sais pas
1. Demeurer calme ou silencieux lorsque demandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Respecter le cadre de vie ou les consignes de l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tolérer le bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tolérer le contact physique des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tolérer la proximité des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Contrôler son envie de mettre des choses dans sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démontrer de l'intérêt à être en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Contrôler son envie d'ingérence dans les activités d'autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Déroger à ses routines ou rituels lorsque nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Prendre conscience du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Contrôler ses pulsions sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Contrôler ses peurs ou ses phobies (préciser ci-dessous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Peurs et phobies : \_\_\_\_\_

Commentaires (ex : interventions à privilégier et/ou à éviter) : \_\_\_\_\_

## Section 7 : Comportement lors d'une désorganisation

7.1 Est-ce que l'enfant se désorganise (\*Une désorganisation signifie que l'enfant doit être retiré de l'activité en cours et du groupe, car son comportement ne correspond pas à ce qui est attendu ou perturbe le groupe ou le déroulement de l'activité) :

Oui

Non

7.2 À quelle fréquence l'enfant doit-il être retiré du groupe à cause de comportements problématiques :

Plus d'une fois par jour

1 à 2 fois par semaine

Moins d'une fois par semaine

Cela n'est jamais arrivé depuis le début de l'année scolaire

7.3 Veuillez indiquer à quelle fréquence l'enfant peut avoir les comportements suivants lors d'une désorganisation :

Exemple : 100 % = l'enfant crie chaque fois qu'il se désorganise. 10 % = l'enfant crie une fois sur dix lorsqu'il se désorganise. *Il n'est pas question de niveau de soutien, mais de fréquence des comportements.	<b>Constant</b> 100 % du temps	<b>Fréquent</b> 75 % du temps	<b>1 fois sur 2</b> 50 % du temps	<b>Occasionnel</b> 25 % du temps	<b>Rare</b> 10 % du temps	Aucun soutien requis	Je ne sais pas
1. Crier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cracher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se sauver, fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. S'automutiler (se mordre, se frapper, se pincer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mordre, pincer, pousser, frapper les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Brisser ou lancer les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utiliser un langage inapproprié ou faire des menaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. S'opposer passivement (se figer ou s'écraser, ne plus vouloir rien faire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pleurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Chigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Refuser ouvertement de suivre les conseils de l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Chercher à provoquer l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser le contexte des désorganisations : \_\_\_\_\_

Commentaires (ex : interventions à privilégier et/ou à éviter) : \_\_\_\_\_

## Section 8 : Intégration de l'enfant au camp de jour

8.1 Nommer des forces ou des qualités et des intérêts chez l'enfant sur lesquels nous pouvons miser pour faciliter son intégration : \_\_\_\_\_

---

---

8.2 Quel type d'accompagnement est suggéré pour venir au camp de jour :

Intégration au camp de jour régulier sans le soutien d'une accompagnatrice/accompagnateur

Intégration au camp de jour régulier avec le soutien d'une accompagnatrice/accompagnateur

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

## Section 9 : Autorisation et engagement

**J'autorise** le Service des loisirs, de la culture et de la vie communautaire de la Ville de Lachute à communiquer et à partager avec l'intervenant(e) indiqué au début de ce formulaire des informations confidentielles, pertinentes à la sécurité de mon enfant et à son intégration au camp de jour.

**J'autorise** le Service des loisirs, de la culture et de la vie communautaire de la Ville de Lachute à obtenir auprès de l'intervenant(e) ou de l'école indiqués au début de ce formulaire des informations confidentielles, pertinentes à la sécurité de mon enfant et à son intégration au camp de jour.

**Je m'engage** à collaborer avec le Service des loisirs, de la culture et de la vie communautaire de la Ville de Lachute et à rencontrer, au besoin, les responsables du camp afin d'assurer une intégration réussie de mon enfant.

**Je certifie**, qu'au meilleur de ma connaissance, les informations contenues au présent formulaire sont complètes et véridiques.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_