

BILAN DE SANTÉ (CONFIDENTIEL) PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE VOTRE ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____ Sexe : F M
Année Mois Jour

Type(s) de handicap et niveau de sévérité : (inscrire la cote liée au niveau de sévérité pour chaque type de handicap pertinent)

1. Léger 2. Modéré 3. Sévère

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auditif | <input type="checkbox"/> Intellectuel | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Visuel | <input type="checkbox"/> Physique | <input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Déficit d'attention et/ou hyperactivité | <input type="checkbox"/> Autres |

Veuillez inscrire le ou les diagnostic(s) reçu(s) : _____

EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES ET ATTENTES

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un :

Nom de l'établissement : _____ Dernière année de fréquentation : _____

- Camp de jour? _____
- Camp de vacances? _____

ANTÉCÉDENTS D'INTÉGRATION

- CPE ou garderie Activité parascolaire Accompagnement en classe ordinaire Autre(s) : _____
- Camp de jour Service de garde Classe scolaire spécialisée

COMMUNICATION

- Langage utilisé : Parlé Non verbal
 Gestuel Appareil de communication (tableau bliss ou autres)

COMPRÉHENSION

- Votre enfant se fait-il comprendre? Oui Non
Votre enfant comprend-il? Oui Non

PROBLÈME(S) DE SANTÉ PARTICULIER(S)

Votre enfant a-t-il un ou des problème(s) de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur?

Si oui, précisez la nature des problèmes.

- Diabète Problème respiratoire grave
 Épilepsie Problème cardiaque
 Allergie sévère Autre(s) : _____

ALIMENTATION

- Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour :
- Manger? Oui Non
Boire? Oui Non
Diète spéciale? Oui Non
Problème(s) rencontré(s) : _____

SE VÊTIR

- Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour se vêtir?
 Oui Non

PROBLÈME(S) DE COMPORTEMENT

Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement?

- Oui Non
Si oui, précisez la nature des problèmes.
 Agressivité envers lui-même Opposition régulière
 Agressivité envers les autres Problème de fugue
 Anxiété Autre(s) : _____
 Opposition occasionnelle

INTERVENTION(S) PARTICULIÈRE(S) DE L'ACCOMPAGNATEUR

Une ou des intervention(s) est-elle ou sont-elles requise(s) par l'accompagnateur?

- Rappel des consignes Stimulation à la participation
 Aide à l'orientation Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture (fauteuil roulant)
 Aide au transfert
 Aide aux transitions (précisez) : _____
 Autre(s) : _____

MÉDICATION

- Votre enfant prend-il un ou des médicaments(s)?
 Oui Non
Si oui, spécifiez le nom du ou des médicament(s) et le ou les motif(s) : _____

Votre enfant peut-il prendre son ou ses médicaments sans aide?
 Oui Non

SOINS PERSONNELS

- Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour :
 Aller aux toilettes? Incontinence
 Ses soins personnels?
 Autre (s) : _____

ACTIVITÉS AQUATIQUES

Quel est le comportement de votre enfant face aux activités aquatiques?

RECOMMANDATION DE L'INTERVENANT RÉFÉRANT

Cette section **doit être remplie par un intervenant** provenant d'un des organismes partenaires (voir critères d'admissibilité).
Le non-respect de cette consigne peut **annuler** l'admissibilité de l'enfant au programme.

Ratio recommandé : 1/1 1/2 1/3 1/4 1/5 Autre ratio : _____

Nombre de semaines maximales recommandées : _____

Participation : À temps plein À temps partiel

Si à temps partiel, nombre de jours maximums par semaine recommandés : _____

Précisez lesquels : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Nombre d'heures par jour recommandées : En matinée seulement De 9 h à 16 h
 En après-midi seulement Autre : _____

Groupe d'âge recommandé : 5-6 ans 7-8 ans 9-10 ans 11-13 ans

L'enfant est-il en mesure de participer au service de garde sans un accompagnateur spécialisé? Oui Non

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SCOLAIRES

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

- Plan d'intervention adapté
- Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant
- Renseignements concernant sa routine
- Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Nom de l'école : _____

- Directeur de l'école
 Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives
 Autres (précisez) : _____

Inscription :

Chaque inscription au programme d'accompagnement spécialisé doit préalablement satisfaire aux critères d'admission, disponibles dans le guide du programme sur le site Internet au de www.val-des-monts.net. Par contre, ceci ne garantit pas automatiquement une place au programme d'accompagnement spécialisé. **Ce formulaire et celui d'inscription doivent tous les deux être complétés et retournés par courriel à l'adresse courriel : campdejour@val-des-monts.net pour valider l'inscription.**

Contingentement :

La Municipalité de Val-des-Monts utilise le principe du premier arrivé premier servi dans sa procédure d'inscription. Veuillez noter qu'un enfant peut être refusé au programme d'accompagnement spécialisé s'il nécessite une assistance jugée trop importante en raison des paramètres de participation.

Politique du service de garde :

Le programme d'accompagnement spécialisé se déroule durant la journée d'activité du camp de jour (9 h à 16 h). Par contre, il est possible d'inscrire l'enfant au service de garde, mais cette période ne sera pas supervisée par un accompagnateur spécialisé. La Municipalité de Val-des-Monts se réserve le droit de restreindre ou d'annuler le service de garde d'un participant suite à un non-respect des règlements.

Pour de plus amples renseignements sur le programme d'accompagnement spécialisé veuillez communiquer avec :

Service des Loisirs, de la Culture et de la Vie communautaire
819 457-9400, poste 2216 ou 2211
campdejour@val-des-monts.net
www.val-des-monts.net

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

J'ai pris connaissance des différentes politiques que comprend le programme d'accompagnement spécialisé de la Municipalité de Val-des-Monts. De plus, j'autorise les représentants des organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 20____.

Signature du parent

Date : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour