

# PROGRAMME D'INTÉGRATION

Dépôt de la demande et de la fiche santé

*\*\* Remplir une demande par enfant*

## CAMP DE JOUR - ÉTÉ 2024

### **\*\* DOCUMENT OBLIGATOIRE \*\***

- Programme d'intégration - Dépôt de la demande et fiche santé dûment complété
- Copie du diagnostic médical de votre enfant (version la plus récente)
  - ou-  Dernière copie du diagnostic de votre enfant remise l'an dernier au Service des loisirs
- Une lettre de recommandation de la direction de l'école indiquant les besoins d'accompagnement pour l'enfant

### **Acheminer TOUS les documents**

**Par courriel** : [campdejour@ville.lavaltrie.qc.ca](mailto:campdejour@ville.lavaltrie.qc.ca)

**En personne** : Hôtel de ville durant les heures d'ouverture ou dans la chute à courrier : 1370, rue Notre-Dame, Lavaltrie (Québec) J5T 1M5

**DATE MAXIMALE POUR REMETTRE TOUS LES DOCUMENTS**  
**AVANT 2 mai 2024**

# FICHE SANTÉ ET ÉVALUATION DES BESOINS

Mon enfant est inscrit au camp de jour de la Municipalité de Lavaltrie.

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie!

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant

## 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :	
Nom de famille :	
Date de naissance :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire
Numéro assurance maladie :	

## 2. RÉPONDANTS POUR L'ENFANT

1 <sup>er</sup> parent / tuteur à rejoindre en cas d'urgence		2 <sup>e</sup> parent / tuteur à rejoindre en cas d'urgence	
Nom :		Nom :	
Téléphone	Rés. :	Téléphone	Rés. :
	Bur. :		Bur. :
	Cell. :		Cell. :

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (Rés.) :	Téléphone (Rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

Initiales du parent confirmant la lecture :

### 3. AUTORISATION DES PARENTS / TUTEURS

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

Je déclare que les renseignements fournis dans ce présent formulaire sont exacts et complets. <b><u>Dans le cas contraire, la Municipalité de Lavaltrie se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</u></b>	
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.	
En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Lavaltrie à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.	
J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du camp 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 de la Municipalité de Lavaltrie	
Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la ville de Lavaltrie et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.	

<b>Autorisation de communiquer des renseignements</b>	<p><b>Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec mon (mes) intervenant(e)s du CLSC ou des services de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSLan) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Nom(s) des intervenant(e)s : _____          _____</p>
	<p><b>Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.</b></p> <p>École : _____</p> <p>Noms des personnes à contacter : _____</p>

\_\_\_\_\_  
**Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)**

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent ou tuteur**

**Date de la signature** \_\_\_\_\_

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Initiales du parent confirmant la lecture :

#### 4. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité Précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	Précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :

#### 5. ACCOMPAGNEMENT

Selon vous, est-il possible de jumeler votre enfant avec un autre jeune ? Oui  Non

\*\* Le camp de jour de Lavaltrie se réserve le droit de juger du jumelage lors de la demande d'accompagnement

Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ?

**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 :

Est-ce que votre enfant fréquente une classe réduite (8 élèves) ? Oui  Non

Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année scolaire ? Oui  Non

Est-ce que votre enfant a un accompagnateur pour une activité de loisir ? Oui  Non

Initiales du parent confirmant la lecture :

## 6. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (Alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :  Signes ou symptômes à surveiller :	Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/>
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

## 7. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui  Non  Si oui, veuillez compléter l'annexe : Autorisation de prise d'un médicament

Prend-il des médicaments durant l'année? Oui  Non  Si oui, lequel(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Prescrit(s) pour : \_\_\_\_\_

## 8. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Pipi au lit	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
<input type="checkbox"/> Somnambulisme (marche dans son sommeil)	

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?  
 Varicelle                       Scarlatine                       Rougeole                       Oreillons  
 Autres (préciser) :

Initiales du parent confirmant la lecture :

A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : _____ Raison : _____ Résultats :	
A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
<b>Vue</b> : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur/chien-guide <input type="checkbox"/> Canne blanche	<b>Audition</b> : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

## 9. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

A-t-il tendance à faire des crises?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
A-t-il des phobies et/ou peurs ?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex. : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il des <b>hyposensibilités</b> ou des <b>hypersensibilités</b> sensorielles ?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : bruit, n'aime pas être touché, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers pour favoriser sa bonne participation au camp ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Consignes simples <input type="checkbox"/> Horaire régulier, stabilité, routine <input type="checkbox"/> Personne de référence, besoin de soutien dans la résolution de conflits <input type="checkbox"/> Conséquences prévisibles <input type="checkbox"/> Besoin de moments calmes et paisibles <input type="checkbox"/> Besoin d'un encadrement personnalisé <input type="checkbox"/> Autres : _____		
Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom : _____ Téléphone : _____		
Comment pouvons-nous bien soutenir votre enfant pendant les transitions entre les activités ?   Pendant combien de temps votre enfant participe-t-il activement à une activité ? <input type="checkbox"/> 5 min. <input type="checkbox"/> 10 min. <input type="checkbox"/> 20 min. <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min et plus.		

Initiales du parent confirmant la lecture :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même (crie, crache, etc.)		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres (Mord, frappe, bouscule)		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les matériels (lance, brise, etc.)		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Opposition régulière (Consigne et règles)		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues (ex : s'éloigne du groupe, etc.)		
<input type="checkbox"/> Gestion des émotions		
<input type="checkbox"/> Langage inapproprié (insulte, blasphème)		

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)								
<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non)										
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)										
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?										
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?  (Renforcement positif utilisé à la maison ou à l'école que nous pouvons utiliser au camp de jour)										
<b>Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :</b>										
Les autres enfants										
Les détenteurs d'autorité										
Les nouvelles personnes										
<b>Interventions particulières de l'accompagnateur</b>										
<p>L'accompagnateur doit :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rappeler les consignes</td> <td><input type="checkbox"/> Le stimuler à la participation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> L'aider à s'orienter</td> <td><input type="checkbox"/> L'aider dans les transitions</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> L'assister pour aller chercher du matériel et de la nourriture</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autres :</td> </tr> </table> <p>Commentaires (toutes les suggestions sont utiles pour rendre l'expérience de votre enfant la plus agréable possible) :</p>			<input type="checkbox"/> Rappeler les consignes	<input type="checkbox"/> Le stimuler à la participation	<input type="checkbox"/> L'aider à s'orienter	<input type="checkbox"/> L'aider dans les transitions	<input type="checkbox"/> L'assister pour aller chercher du matériel et de la nourriture		<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Rappeler les consignes	<input type="checkbox"/> Le stimuler à la participation									
<input type="checkbox"/> L'aider à s'orienter	<input type="checkbox"/> L'aider dans les transitions									
<input type="checkbox"/> L'assister pour aller chercher du matériel et de la nourriture										
<input type="checkbox"/> Autres :										



## 10. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul <input type="checkbox"/> Nage seule avec une veste de flottaison individuelle	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

## 11. DEGRÉ D'AUTONOMIE

		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome	
<b>Communication</b>	Communication avec les autres					
	Compréhension des consignes					
	Se faire comprendre					
	Aides à la communication utilisés :	<input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Mains animées <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes				
	Autres informations pertinentes :					
<b>Participation aux activités</b>	Stimulation à la participation					
	Interaction avec les adultes					
	Interaction avec les autres enfants					
	Fonctionnement en groupe					
	Activité de motricité fine (Bricolage, manipulations, insertions, etc.)					
	Activité de motricité globale (Sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)					
	Autres informations pertinentes :					
<b>Vie quotidienne</b>	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)					
	Hygiène personnelle					
	Précisez (cathéter, couches, etc.):					
	Alimentation					
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)					
	Rester avec le groupe					
	Éviter les situations dangereuses (a-t-il conscience du danger ?)					
	Autres informations pertinentes :					

Initiales du parent confirmant la lecture :

<b>Déplacements</b>	Courts déplacements / au camp (Précisez le niveau d'autonomie)				
	En sortie / longues distances ?				
	Si besoin d'équipement pour les déplacements :				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles				
	Méthode de transfert :		Autres :		
<input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau <input type="checkbox"/> Autres (décrivez) :		<input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :			
Autres informations pertinentes :					

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)