

Programme d'accompagnement loisir
de la relâche des Loisirs des Hauts-Sentiers

Formulaire de demande 2022



LOISIRS
des
Hauts-Sentiers

Le programme sera lancé dès que le financement attendu sera confirmé par le bailleur de fonds. En remplissant cette demande d'accompagnement, votre enfant devient admissible au programme seulement suite à l'évaluation de ses besoins. Selon les ressources disponibles et les besoins de l'enfant, un accompagnateur sera désigné par Loisirs des Hauts-Sentiers pour assurer l'accompagnement de l'enfant pour la durée des activités si c'est possible. Vous serez informé(e) de l'évaluation de votre demande par courriel dans les jours qui suivront le 7 février. Tant qu'une confirmation d'admissibilité et de disponibilité d'un accompagnateur n'aura pas été envoyée de la part des Loisirs des Hauts-Sentiers, l'accompagnateur à prévoir demeure sous la responsabilité et aux frais du parent demandeur. Un enfant ayant des besoins particuliers doit absolument être accompagné par un accompagnateur autorisé par le demandeur pour toute la durée des activités de la relâche et lors des séances de surveillance animée.

Programme d'accompagnement loisir de la relâche scolaire
des Loisirs des Hauts-Sentiers pour des enfants ayant des
besoins particuliers

Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire le **7 février au plus tard**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

1. Renseignements relatifs à la demande		
Site désiré n°1	Site désiré n°2	Groupe d'âge désiré

2. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son responsable					
Nom de l'enfant			Prénom		
Adresse principale (numéro, rue, appartement)					
Ville	Province QC	Code postal	Téléphone (résidence)		
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge (au 2 mars) ans	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Parent 1 - Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant		
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel		
Parent 2 - Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant		
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel		
L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> ses deux parents <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> autre (précisez) :		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit à la relâche : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) :			
L'enfant fréquente présentement l'école <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, quel est le nom de son école			
Si oui, est-il dans une classe régulière <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe intervenant(s) / enfants			

3. Historique d'accompagnement		
Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite)	Quel site fréquentait-il?	Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :	

4. Statut du diagnostic de l'enfant	
Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la section 5)	
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

5. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)					
	CIUSSS de la Capitale-Nationale				
Intervenant(s)	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	<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"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
<input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant.					

6. Nature des limitations de l'enfant

<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 de haut niveau <input type="checkbox"/> asperger <input type="checkbox"/> TED non spécifié	<input type="checkbox"/> autisme moyen	<input type="checkbox"/> autisme sévère
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine	<input type="checkbox"/> globale	<input type="checkbox"/> fine et 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"/> expression	<input type="checkbox"/> compréhension	<input type="checkbox"/> mixte
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)	
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble de la 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 :		

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

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"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<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"/>

8. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements?

9. Évaluation du degré de supervision

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

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 (ex. : toilette) Précisez :	<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, etc.)	<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, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<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"/>

9. 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"/>	

10. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de la relâche scolaire (ex. : durée de la journée (8 h 30 à 16 h 30), sortie à l'extérieur du site d'activités, etc.)?

Non Oui (si oui, précisez) :

11. 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 :

12. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant?

13. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période des mois de septembre à mai?

Non Oui

Si oui, quelle(s) activité(s)?

Et auprès de quelle(s) organisation(s)?

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement?

Non Oui

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant)

1/1 1/2 1/3 Autre :

14. Prise de connaissance Important

Le responsable de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'accompagnement pour les enfants ayant des besoins particuliers à la relâche scolaire des Loisirs des Hauts-Sentiers*.

Je reconnais avoir pris connaissance du Programme.

15. Consentements, autorisations et signature du répondant

*** Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. ***

1. Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du <i>Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers à la Relâche 2022 des Loisirs des Hauts-Sentiers</i>	
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. Dans le cas contraire, le comité d'analyse se réserve le droit de considérer la demande non admissible.	
3. Je comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début des activités de la relâche ou pendant la réalisation de ces activités, la demande de mon enfant fera l'objet d'une nouvelle analyse.	
4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du <i>Programme d'intégration</i> à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 5 et 14 de ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.	
5. Je m'engage à informer de la présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 5 et 14 de ce formulaire. De plus, je les autorise à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.	
6. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse.	
7. Je m'engage à collaborer avec le personnel impliqué dès que celui-ci en fait la demande.	
Signature	Date (jj/mm/aaaa)
Nom en lettres majuscules	Lien avec l'enfant

Le formulaire doit être transmis à Loisirs des Hauts-Sentiers le **7 février 2022 au plus tard**.

530, rue Delage, Québec, Qc, G3G 1J2
info@ldhs.ca