

Le responsable de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour* notamment pour connaître les critères d'admissibilité et la nature du service offert. Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour au plus tard, le **1^{er} avril**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

Section réservée à l'organisme gestionnaire de camp de jour

Organisme	Date d'entrée	Heure d'entrée	Inscription complétée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
-----------	---------------	----------------	--

1. 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 30 septembre) Ans	Genre <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 au camp de jour : <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 à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, précisez :		Est-ce que votre enfant bénéficie de services particuliers à l'école? <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la section 2) <input type="checkbox"/> Oui	
Quels sont précisément les services particuliers offerts par l'école (ex. : 20 heures TES en 1/1 en classe, rencontre psychoéducateur 1 h/sem...) :			
Service :			
Fréquence :			

2. Sélection de sites

Sélectionnez vos choix à l'aide des menus déroulants. Si vous remplissez le formulaire en format papier, utilisez la liste des sites disponibles à la fin du formulaire et écrivez vos 3 choix.

Veillez noter que nous tenterons d'accorder le premier choix à chacun. Toutefois, nous priorisons les besoins de votre enfant en termes de jumelage. Comme l'inscription au camp de jour est une condition d'admissibilité pour l'intégration, inscrivez votre enfant sur le site de votre premier choix dès le début des inscriptions. S'il y a lieu, nous pourrions favoriser les transferts d'inscription d'un organisme à l'autre.

Premier choix (menu déroulant)	Deuxième choix (menu déroulant)	Troisième choix (menu déroulant)
Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.

3. Historique et accompagnement

Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la section 4)	Quel site fréquentait-il?	Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dans la dernière année, y a-t-il eu des changements significatifs dans la vie de l'enfant qui ont une incidence sur ses comportements? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : (si non, passez à la section 4)		
Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de l'enfant? <input type="checkbox"/> Impact positif <input type="checkbox"/> Impact négatif <input type="checkbox"/> Aucun impact Précisez :		

4. Statut du diagnostic de l'enfant (facultatif)

Votre enfant a-t-il <u>reçu</u> un diagnostic? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Votre enfant est-il <u>en attente</u> 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)
---	---

5. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

Intervenant(s)	CIUSSS de la Capitale-Nationale			École (Précisez le nom)	Autre (Précisez)
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)		
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"/> niveau 3 – besoin de soutien très important	<input type="checkbox"/> niveau 2 – besoin de soutien important	<input type="checkbox"/> niveau 1 – besoin de soutien
	<input type="checkbox"/> verbal	<input type="checkbox"/> non verbal	
<input type="checkbox"/> Trouble de la communication sociale			
<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 avec ou sans pompe...)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :		

7. Portrait 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"/>

COMPORTEMENTS (suite)	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
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 niveau de soutien nécessaire

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"/>
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"/>

SITUATIONS (suite)	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
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 niveau de soutien nécessaire (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"/>	
Autre	<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 camp de jour (ex. : durée de la journée (8 h à 17 h), type d'activités, chaleur excessive, etc.)?

Non Oui (si oui, précisez :)

11. Sur une échelle de 0 à 3, 3 étant le plus élevé, quel est le niveau d'intérêt de votre enfant à participer au camp de jour cet été?

3 2 1 0 (aucun) Ne sais pas

Commentaires :

12. 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 :

13. Recommandation d'un intervenant

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT (CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP DE JOUR, ETC.)

Message destiné à l'intervenant

Au moment de réaliser une demande au *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour*, le responsable de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle pour nous, car elle sera un complément important dans l'analyse du niveau de soutien requis pour l'enfant.

Vos réponses nous guideront aussi dans la mise en œuvre des recommandations et des accommodements nécessaires pour favoriser la participation active aux activités et permettre une intégration optimale l'enfant.

Vous devez consulter le programme¹ afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature exacte du service offert.

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant	Date de naissance
-----------------	-------------------

Activités	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide	Ne sais pas
Rassemblement (participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité (fait le choix de comportements qui assure la sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements et accessibilité (suit le un groupe, se place en rang, marche plusieurs minutes, est en mesure de se déplacer sur un terrain pouvant être accidenté, accès au site de camp de jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communications <i>Expression</i> : Être en mesure de s'exprimer (communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions) <i>Compréhension</i> : Être en mesure de comprendre (comprend les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites) <i>Interaction</i> : Entrer en relation avec les autres (interagir avec les autres pour avoir des liens, joue et échange avec les autres jeunes, utilise des stratégies d'interaction de façon appropriée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux structurés (attend son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes, selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux sportifs (sait gérer l'esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bricolages (en mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet d'utiliser du matériel spécialisé – ciseaux, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas (demeure assis au sol ou sur une table de pique-nique, est autonome, gère sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec* disponible à l'adresse suivante : https://www.ville.quebec.qc.ca/citoyens/loisirs_sports/camps-de-jour/index.aspx
Mise à jour février 2022

Activités (suite)	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide	Ne sais pas
Piscine (s'il y a lieu) (se change de vêtements, gère ses objets personnels, participe à la période de baignade malgré le bruit et les éclaboussures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorties (prend l'autobus, visite de nouveau environnement, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité d'adaptation (s'adapte aux bouleversements à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, modification des règles d'un jeu, s'adapte lors des moments de transitions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une désorganisation

Comportements observables (fréquence, intensité, durée)

Interventions à privilégier

Accommodements à mettre en place

Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en place pour que l'enfant puisse intégrer le camp de jour?
(ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel...)

Recommandations pour les services estivaux

- Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante : Non Oui
(si oui, passez à la question 4)
- L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : 1/1 1/2 1/3
 Autre, précisez :
- L'accompagnement idéal serait réalisé par : une femme un homme
 sans importance
- L'enfant peut intégrer un groupe de : son âge plus jeune
 plus vieux

Signature de l'intervenant

Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec.

Initiales

Nom

Date (aaaa/mm/jj)

Organisation

Téléphone (incluant le numéro du poste)

Titre

Courriel

IMPORTANT

Cette section du « Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant » doit être remise au répondant de l'enfant, car elle fait partie intégrante de la demande qui doit être transmise à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **1^{er} avril au plus tard.**

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

--

15. 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 :

16. Horaire de fréquentation de l'enfant au camp de jour

Nous devons prévoir les périodes de fréquentation de votre enfant afin de lui apporter le soutien nécessaire durant sa présence au camp de jour. Décrivez la fréquentation prévue.

Date de début et de fin

Heure de début et de fin

Dates de vacances prévues

17. 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 *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de Québec*.

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 du camp de jour ou pendant la réalisation du camp de jour, **la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse.**

4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du *Programme d'intégration* à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

5. Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans 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 dès que celui-ci en fait la demande.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Nom en lettres majuscules

Lien avec l'enfant

Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **1^{er} avril au plus tard**.

Sites de camps de jour de la Ville de Québec

Arrondissement de Beauport

Centre communautaire Ulric-Turcotte (Pivot (Le))
École des Cimes (Pivot (Le))
École La Ribambelle (Pivot (Le))
École La Seigneurie (Pivot (Le))

Arrondissement de Charlesbourg

Centre commun. Bon-Pasteur (Corporation de loisirs secteur N.D.L.)
Centre communautaire du Jardin (Loisirs du Jardin)
Centre communautaire du Plateau (Loisirs du Plateau de Charlesbourg)
Centre récréatif St-Rodrigue (Loisirs de St-Rodrigue)
Chalet Bourg-Royal (Loisirs Bourg-Royal)

Chalet Guillaume-Mathieu (Loisirs Guillaume Mathieu)
Chalet Maria-Goretti (Loisirs Maria-Goretti (Les))
Chalet Notre-Dame (Corporation de loisirs secteur N.D.L.)
Chalet Terrasse Bon-Air (Loisirs Bourassa (Les))
Patro de Charlesbourg (Patro de Charlesbourg)

Arrondissement de La Cité–Limoilou

Cégep Garneau (Centre des loisirs St-Sacrement)
Centre commun. Ferland (Centre communautaire Jean-Guy Drolet)
Centre communautaire Lucien-Borne (Loisirs du Faubourg)
Centre commun. Marchand (Centre communautaire Jean-Guy Drolet)
Centre commun. Monseigneur-Marcoux (Centre Mgr-Marcoux)

Domaine de Maizerets (Société du Domaine Maizerets)
École des Berges (YMCA du Québec (Les))
Loisirs Montcalm (Loisirs Montcalm (Les))
Patro Laval (Patro Laval)
Patro Roc-Amadour (Patro Roc-Amadour)

Arrondissement de La Haute-Saint-Charles

Base de plein air La Découverte (Loisirs-Action Val-Bélair)
Centre communautaire Paul-Émile-Beaulieu (Loisirs des Hauts-Sentiers)
Centre communautaire Saint-Émile (Loisirs des Hauts-Sentiers)
École à l'Orée-des-Bois (Loisirs-Action Val-Bélair)
École d'éduc. intern. Notre-Dame-des-Neiges (Sports-Loisirs L'Ornière)
École de la Chanterelle (Loisirs-Action Val-Bélair)
École de La Source (Sports-Loisirs L'Ornière)

École de l'Aventure (Sports-Loisirs L'Ornière)
École du Beau-Séjour (Loisirs des Hauts-Sentiers)
École du Vignoble (Loisirs des Hauts-Sentiers)
École Étoile du Nord (Loisirs des Hauts-Sentiers)
École Saint-Claude (Sports-Loisirs L'Ornière)
Parc Château-d'Eau (Sports-Loisirs L'Ornière)
Parc Jules-Émond (Loisirs-Action Val-Bélair)

Arrondissement des Rivières

Centre commun. Charles-Auguste-Savard (Loisirs et Sports Neufchâtel)
Centre communautaire Fernand-Dufour (Loisirs Vanier)
Centre communautaire Lebourgneuf (Loisirs Lebourgneuf)
Centre communautaire Michel-Labadie – Parc Chauveau (Sports-Loisirs L'Ornière)
École de l'Apprenti-Sage (Loisirs et Sports Neufchâtel)

École de l'Escabelle (Loisirs et Sports Neufchâtel)
École des Écrivains (Loisirs Duberger-Les Saules)
École du Buisson (Loisirs Duberger-Les Saules)
École du Domaine (Loisirs Duberger-Les Saules)
École Jean-XXIII (Loisirs Duberger-Les Saules)

Arrondissement Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge

Centre communautaire Claude-Allard (Camp école Kéno)
Centre communautaire Noël-Brulart (Camp école Kéno)
École d'éducation internationale Filteau (Camp école Kéno)
École des Cœurs-Vaillants (Camp école Kéno)
École Fernand-Séguin (Camp école Kéno)

École L'Arbrisseau (Camp école Kéno)
École Les Primevères (Camp école Kéno)
École Les Sources (Camp école Kéno)
École Saint-Louis-De-France 2 (Camp école Kéno)
École Trois-Saisons (Camp école Kéno)