

Objet : Programme d'accompagnement - Club été (6 à 11 ans) 2019

Cher(s) parent(s),
Cher(s) tuteur(s),

Vous devez compléter les quatre documents ci-joints suivants (vous pouvez demander l'aide de votre intervenant) :

- information sur le participant;
- fiche d'évaluation des besoins;
- description du participant (2 pages);
- autorisation d'accès aux documents.

Vous devez ensuite nous faire parvenir les documents, **avant le vendredi 1^{er} mars 2019**, soit par courriel à mm.walker@ville.magog.qc.ca, par télécopieur au 819 868-4016 ou par la poste à l'adresse suivante :

Ville de Magog
Madame Marie-Michèle Walker
Programme d'accompagnement
95, rue Merry Nord, bureau 113
Magog (Québec) J1X 2E7

Le comité d'évaluation évaluera la **possibilité ou l'impossibilité** de recevoir votre enfant en tenant compte de nos différents critères. Les documents doivent être complets afin que le comité soit en mesure de bien analyser les besoins de votre enfant et de prendre une décision. Si nous le jugeons nécessaire, la responsable demandera à vous rencontrer avec votre enfant avant de prendre une décision.

Si votre enfant est accepté au camp de jour (une réponse vous sera donnée au plus tard en avril), vous devrez procéder au paiement et à l'inscription officielle en avril (les mêmes dates et heures que le Club été régulier)

***Note :**

Pour le programme d'accompagnement, nous n'acceptons que les résidents de Magog et ceux avec entente (Sainte-Catherine-de-Hatley et Canton d'Orford)

Pour bénéficier du tarif applicable aux résidents de Magog, les enfants doivent obligatoirement habiter chez leurs parents, mère ou père ou tuteur légal dans leur résidence de Magog.

Les enfants d'un conjoint n'ayant pas de résidence principale à Magog, les petits-enfants, la famille ou les amis en visite pour l'été seront refusés.

*Âge : 6 à 11 ans (enfants de 5 ans acceptés si **maternelle complétée** et enfants de 12 ans acceptés si **nés après le 1^{er} janvier 2006**, preuve exigée dans les deux cas).*

Information sur le participant 2019

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Nom d'un parent : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Tél. : _____ Autre tél. : _____

SVP, veuillez nous indiquer vos besoins pour l'été (ex. : tout l'été du lundi au vendredi ou seulement les mardis et les jeudis, vos vacances, etc.) :

Autres commentaires ou informations :

Participant no :	Initiales du participant :
	Municipalité :

6. Description et identification du participant

Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Âge :	Cette personne sera-t-elle jumelée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Type d'incapacité :		
<input type="checkbox"/> intellectuelle	<input type="checkbox"/> problème de santé mentale	
<input type="checkbox"/> physique	<input type="checkbox"/> trouble du langage ou de la parole	<input type="checkbox"/> trouble du spectre de l'autisme
<input type="checkbox"/> autre :		
Préciser la nature de l'incapacité :		
<input type="checkbox"/> J'atteste que le participant a reçu un diagnostic par un professionnel de la santé		

Autonomie de la personne handicapée (Répondre à toutes les questions)

6.1. Communication

Langage utilisé : parlé gestuel non verbal un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)

6.2 Compréhension

La personne se fait comprendre facilement difficilement

La personne comprend facilement difficilement

6.3 Alimentation

La personne a besoin d'aide pour manger oui non gavage

La personne a besoin d'aide pour boire oui non

Diète spéciale oui non

6.4 Habillement

La personne a besoin d'aide pour s'habiller oui non

6.5 Déplacements

La personne se déplace à l'intérieur seule avec aide

La personne se déplace à l'extérieur seule avec aide

La personne se déplace en fauteuil roulant seule avec aide

La personne se déplace avec d'autres appareils seule avec aide ne s'applique pas*

*Précisez le besoin d'accompagnement :

6.6 Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour aller à la toilette oui non

La personne fait de l'incontinence oui non

La personne a besoin d'aide pour ses soins personnels oui non

autre (préciser) :

6.7 Problèmes de santé particuliers

La personne a des problèmes de santé demandant une intervention particulière de l'accompagnateur oui non

Nature des problèmes : allergie sévère épilepsie problème cardiaque

diabète problème respiratoire grave

autre (préciser) :

6.8 Problèmes de comportement

La personne a des troubles de comportement : oui non

Nature des troubles : agressivité envers elle-même opposition régulière

agressivité envers les autres problème de fugue

opposition occasionnelle

autre (préciser) :

6.9 Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur :

aide à l'orientation aide au transfert (fauteuil roulant)

stimulation à la participation aide à l'alimentation

soins d'hygiène et de santé

autre (préciser) :

Fiche d'évaluation des besoins 2019 Programme d'accompagnement Club été Magog

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété
avant le 1^{er} mars 2019

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	

2. 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 :

3. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Au meilleur de votre connaissance, quel est le ration d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	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"/>
Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	
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"/>	

5. 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, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____

Prescrit(s) pour : _____

6. 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 têtes/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		
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?	
<input type="checkbox"/>	Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Oreillons	Date :	Raison :
<input type="checkbox"/>	Scarlatine	Résultats :	
<input type="checkbox"/>	Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Autres (préciser) :	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) : ____/____/____	
Vue : <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 <input type="checkbox"/> Canne blanche		Audition : <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	

7. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

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		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		

<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
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 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"/>	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?		
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?		
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :		
Ses pairs		

Les détenteurs d'autorité	
Les nouvelles personnes	

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.) _____

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.)

8. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <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 :

9. DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	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"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	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.)				
Vie quotidienne	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 (conscience du danger)				
Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
	En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :				
	Méthode de transfert <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"/> Autre (décrivez) : _____ _____		Autres <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ _____		