



IMPORTANT

La candidature de votre enfant sera soumise à un comité d'évaluation. Cette mesure est mise en place afin de nous assurer de pouvoir répondre adéquatement aux besoins de votre enfant.

Ce formulaire doit être reçu au plus tard le 14 mars 2022.

Informations personnelles de l'enfant

Nom :	Prénom :	Date de naissance : (AA/MM/JJ)
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Adresse :	
Ville :	Code postal :	App. :
Nature du handicap : <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale <input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> Autre (précisez):		

Informations personnelles du parent ou tuteur

Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Courriel :	Tél. (bureau) :	

Personne contact en cas d'urgence

Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Lien avec l'enfant :	Tél. (bureau) :	

L'enfant utilise-t-il un moyen pour compenser son handicap (une prothèse, une orthèse, un fauteuil roulant, etc.?) :

Portrait de l'enfant

Autonomie

COMMUNICATION	Language utilisé : <input type="checkbox"/> Parlé <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Appareil de communication
L'utilisation de pictogrammes, tableau ou ordinateur est-elle recommandée? Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMPRÉHENSION	L'enfant se faire comprendre : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement L'enfant comprend : <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement

PROGRAMME VACANCES-ÉTÉ

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PROGRAMME DE SOUTIEN (SUITE)

ALIMENTATION	L'enfant a besoin d'aide pour : Manger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Boire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'enfant a une diète spéciale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
HABILLEMENT	L'enfant a besoin d'aide pour : S'habiller : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DÉPLACEMENTS	L'enfant ase déplace : À l'intérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide À l'extérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide En fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas Autre appareil (précisez) : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
SOINS PERSONNELS	L'enfant a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Ses soins personnels <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Aller à la toilette <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS	L'enfant a des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
PROBLÈME DE COMPORTEMENT	L'enfant a des troubles de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres (morsure, frappe, bouscule, etc.) <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

PROGRAMME VACANCES-ÉTÉ

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PROGRAMME DE SOUTIEN (SUITE)

INTERVENTION PARTICULIÈRES DE L'ACCOMPAGNATEUR	Interventions requises par l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Rappel des consignes <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture <input type="checkbox"/> Aide au transfert <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
PRÉCISIONS ADDITIONNELLES	Pourquoi, selon vous, votre enfant a-t-il besoin d'accompagnement pour participer au Programme vacances-été? Existe-t-il une raison d'ordre physique, sensoriel ou psychique, non mentionnée antérieurement dans ce formulaire, qui empêcherait ou limiterait la participation de votre enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, telles que : sortie en autobus scolaire, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, randonnée en patins à roues alignées, camping, sortie prolongée (plus de 24 heures), fête populaire, etc.?
IMPORTANT ! SORTIES À LA PISCINE OU AU PLAN D'EAU	Dans le cas où votre enfant ait de la difficulté à nager, nous vous demandons de lui fournir une veste de sauvetage lors de sorties à la piscine, à défaut de quoi nous vous demanderons de le garder à la maison le jour de la sortie. <input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance de cette information.
RESSOURCES EXTERNES (Intervenant scolaire, psychologue, éducateur spécialisé, etc.)	Intervenant scolaire Nom : Titre : École :
	Intervenant (autre que scolaire, tel que CRDI) Nom : Titre : Établissement :
PARTICIPATION ANTÉRIEURE	Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au Programme vacances-été? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (précisez le nom du parc ou terrain de jeux) : Si non, a-t-il déjà reçu les services d'un accompagnateur ou autre pour participer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PROGRAMME VACANCES-ÉTÉ

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PROGRAMME DE SOUTIEN (SUITE)

PRÉCISIONS DE FRÉQUENTATION	Nom de l'unité du terrain de jeux : Nombre de jours par semaine : Nombre d'heures par jour : Lundi : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Mardi : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Mercredi : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Jeudi : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Vendredi : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
SIGNATURE	Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise le personnel du Service des loisirs de la Ville de L'Ancienne-Lorette à contacter ultérieurement les personnes ressources côtoyant mon enfant (professeur, éducateur spécialisé, intervenant, etc.) Signature : Date :