



Questionnaire programme d'accompagnement 2024

Afin que nous puissions répondre adéquatement aux besoins de votre enfant et lui assurer un accompagnement adapté, veuillez s'il vous plaît remplir ce formulaire.

Date limite pour le dépôt d'une demande : **22 avril 2024**

IDENTIFICATION

NOM DE L'ENFANT :	
ÂGE :	SEXE : MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/>
ANNÉE SCOLAIRE DE L'ENFANT :	
EST-CE LE PREMIER ÉTÉ DE VOTRE ENFANT AU CAMP TORNADE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
NOM DE LA MÈRE :	
NOM DU PÈRE :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
ADRESSE COURRIEL :	
ADRESSE :	

DESCRIPTION DU PARTICIPANT

Veuillez cocher la/les case(s) appropriée(s)

NATURE DE LA OU DES PROBLÉMATIQUE(S) MOTIVANT LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT :

- | | |
|---|--------------------------|
| TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION (AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ) | <input type="checkbox"/> |
| DÉFICIENCE INTELLECTUELLE | <input type="checkbox"/> |
| TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME | <input type="checkbox"/> |
| TROUBLE DU LANGAGE | <input type="checkbox"/> |
| TROUBLE D'OPPOSITION | <input type="checkbox"/> |
| DÉFICIENCE VISUELLE | <input type="checkbox"/> |
| DÉFICIENCE AUDITIVE | <input type="checkbox"/> |
| ATTEINTE SUR LE PLAN PHYSIQUE | <input type="checkbox"/> |
| ANXIÉTÉ | <input type="checkbox"/> |

SPÉCIFIEZ :

SELON VOUS, VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT :

*À TITRE INFORMATIF (ne garantis pas ce ratio d'accompagnement)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1 ACCOMPAGNATEUR POUR 1 ENFANT | <input type="checkbox"/> |
| 1 ACCOMPAGNATEUR POUR 2 ENFANTS | <input type="checkbox"/> |
| 1 ACCOMPAGNATEUR POUR 3 ENFANTS | <input type="checkbox"/> |

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT COMMUNICATION

VOTRE ENFANT S'EXPRIME PAR QUEL MOYEN:

VERBALEMENT

L'ENFANT EST NON-VERBAL

GESTUEL

SYSTÈME DE COMMUNICATION IMAGÉ (PICTOS)

VOTRE ENFANT SE FAIT COMPRENDRE :

AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN)

FACILEMENT

VOTRE ENFANT COMPREND LES AUTRES :

AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN).
SPÉCIFIEZ :

FACILEMENT

VOTRE ENFANT EST EN MESURE DE :

COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE

COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR...)

NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...)

COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE

EXPRIMER UNE ÉMOTION

ÉCHANGER AVEC ATRUI

FAIRE UNE DEMANDE

LIRE

CONDITION DE L'ENFANT :

COMMENTAIRES :

RELATIONS INTERPERSONNELLES

VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AVEC LES HABILITÉS SUIVANTES
(Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?

DEMANDER DE L'AIDE

PARTAGER

ATTENDRE SON TOUR

INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT

S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE

EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ

SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE

AUTONOMIE

ALIMENTATION :

VOTRE ENFANT MANGE SEUL

VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR MANGER

VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR BOIRE

VOTRE ENFANT A UNE DIÈTE SPÉCIALE

SPÉCIFIEZ :

HABILLAGE :

VOTRE ENFANT S'HABILLE SEUL

VOTRE ENFANT S'HABILLE AVEC SOUTIEN

PROPRETÉ :

VOTRE ENFANT EST PROPRE

N'EST PAS PROPRE/PORTE DES COUCHES

ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ (HORAIRE/BESOIN DE RAPPEL)

SANTÉ

A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUPPOSANT UNE INTERVENTION PARTICULIÈRE DE L'ACCOMPAGNATEUR?

OUI

NON

SPÉCIFIEZ :

ALLERGIE SÉVÈRE

PROBLÈME CARDIAQUE

ÉPILEPSIE

ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE

DIABÈTE

PRISE DE MÉDICATION

AUTRE

SPÉCIFIEZ :

COMPORTEMENTS

VEUILLEZ COCHER LES COMPORTEMENTS MANIFESTÉS PAR VOTRE ENFANT ET LA FRÉQUENCE

AGRESSIVITÉ ENVERS ELLE-MÊME <input type="checkbox"/> (SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI <input type="checkbox"/> (MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
OPPOSITION <input type="checkbox"/>	1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>
FUGUE <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>	

APTITUDES À DÉVELOPPER

A-T-IL DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENTS POUR CET ÉTÉ?

SPÉCIFIEZ :

INSCRIPTION

VEUILLEZ INDIQUER LES SEMAINES OÙ VOTRE ENFANT FRÉQUENTERA LE CAMP

SEMAINE 1(25 au 28 juin) **4 jours**

SEMAINE 6 (29 juillet au 2 août)

SEMAINE 2 (1^{er} au 5 juillet)

SEMAINE 7 (5 au 9 août)

SEMAINE 3 (8 au 12 juillet)

SEMAINE 8 (12 au 16 août)

SEMAINE 4 (15 au 19 juillet)

SEMAINE 9 "PLUS" (19 au 23 août)

SEMAINE 5 (22 au 26 juillet)

SERVICE DE GARDE

IMPORTANT

***Veillez prendre note que le programme d'accompagnement aura lieu à l'école **des Bons-Vents**. Veuillez donc porter une attention particulière lors de l'inscription afin de sélectionner la bonne école. Les choix sélectionnés dans ce présent formulaire devront correspondre à l'inscription de votre enfant.

***La semaine 9 « Plus » quant à elle aura lieu uniquement au centre communautaire Roger-Tougas cette année.

BONIFICATION :

SVP joindre à votre demande d'accompagnement tout autre document pertinent, contenant des informations supplémentaires, pouvant nous outiller à accompagner votre enfant cet été. Sachez que ces documents resteront confidentiels et que seuls les responsables de votre enfant y auront accès.

Plus nous aurons un portrait réaliste du quotidien de votre enfant et plus nous pourrons mettre en place des outils afin de favoriser son intégration au camp et ainsi faire en sorte qu'il ait un été mémorable.

Exemple : Description de votre routine à la maison, trucs qui fonctionnent bien avec lui à l'école ou à la maison que nous pourrions appliquer au camp, rapport de spécialistes que votre enfant a consultés, plan d'intervention, feuille de route, etc.

Date limite pour le dépôt d'une demande : **22 avril 2024**