

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Pour que la demande d'accompagnement soit évaluée par le comité, tous les renseignements demandés doivent être fournis par le répondant de l'enfant. Le formulaire doit être transmis à l'organisme offrant le camp de jour le **1^{er} avril 2021 au plus tard**. Il est de la responsabilité du répondant de l'enfant de prendre connaissance du programme, notamment des critères d'admissibilité présentés dans la fiche explicative.

1. CHOIX DU CAMP DE JOUR SOUHAITÉ, veuillez indiquer vos 2 premiers choix (à compléter par le répondant de l'enfant)

Choix #1	Choix #2	Niveau scolaire
----------	----------	-----------------

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE L'ENFANT ET SON RÉPONDANT

Nom de l'enfant		Prénom de l'enfant	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Âge en date du 25 juin		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom du parent ou du répondant	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	Courriel	
L'enfant fréquente présentement l'école : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, veuillez indiquer le nom de l'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	Si oui, avec quel organisme
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Bénéficiait-il d'un accompagnement	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (accompagnateur/enfant)
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



4. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic

Non Oui

(si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic)

Nom du professionnel

Organisation

Titre du professionnel

Téléphone (incluant le numéro du poste)

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic?

Non Oui

Nature du diagnostic :

5. RESSOURCES DE L'ENFANT (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, ...)

Il est important d'inscrire le **nom et les coordonnées** complètes des intervenants qui suivent **ACTUELLEMENT** l'enfant.

Si l'enfant est suivi par un ou des intervenants, il est essentiel que ceux-ci remplissent l'annexe 2.

*Mon enfant n'est pas suivi par un intervenant

Nom du professionnel	Téléphone (incluant le numéro de poste)	Endroit de l'intervention	Types d'intervention
1.			
2.			
3.			

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



6. NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT (veuillez cocher les énoncés qui s'applique à l'enfant et apporter les informations nécessaires)

<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 moyen <input type="checkbox"/> Autisme sévère <input type="checkbox"/> Autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> TSA Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine et globale <input type="checkbox"/> globale <input type="checkbox"/> fine 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"/> compréhension <input type="checkbox"/> expression <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> Non Verbal 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"/> Trisomie 21	Précisez :
<input type="checkbox"/> Syndrome de Gilles de la Tourette	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



7. ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants ?

Veuillez cocher le chiffre correspondant aux énoncés suivants: / 5 (Toujours) / 4 (Fréquemment) / 3 (Parfois) / 2 (Rarement) / 1 (Jamais) /

	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
COMPORTEMENTS						COMPORTEMENTS					
Mord	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à gérer les imprévus	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à déroger de ses routines	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à gérer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<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 ?

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



9. ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION

Lors des énoncés suivants, l'enfant a besoin :

Veillez cocher le chiffre correspondant aux énoncés suivants: 5 (Aide constante) | 4 (Aide fréquente) | 3 (Aide ponctuelle) | 2 (Supervision verbale) | 1 (Aucune aide)

	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1
AUTONOMIE						PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS					
Habillage (se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle Précisez :	<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"/>
Alimentation (repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interactions avec les autres enfants	<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"/>	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activité de motricités fine (bricolage, manipulations, insertions, 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"/>	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballons, etc.)	<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"/>	Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à l'énoncé suivant)						COMMUNICATION					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compréhension des signes	<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"/>	Se faire comprendre	<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"/>						
AIDE À LA MOBILITÉ						AIDE À LA COMMUNICATION					
Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation de pictogrammes, tableau ou ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'une canne ou de déquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. EMPÊCHEMENTS OU LIMITATIONS

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 (9h à 16h), sortie à l'extérieur du site de camp, ...)

Non Oui (si oui, précisez) :

Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant au service de garde (pas d'animation)?

Non Oui (si oui, précisez) :

10.2 Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une sortie?

Non Oui (si oui, précisez) :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



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 :

Limitier ou contrôler des situations de désorganisation Précisez :

12. QUELLES 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? Précisez :

Non Oui

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. L'ÉVALUATION DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (À remplir par le camp de jour)

Le ratio pour l'enfant était adéquat

Non Oui

Commentaire ou précisions sur le comportement du jeune :

15. DANS QUEL CENTRE COMMUNAUTAIRE CE FORMULAIRE A-T-IL ÉTÉ COMPLÉTÉ?

Centre communautaire de loisir Claude-Nault

Centre communautaire Drummondville-Sud

Centre communautaire St-Pierre

Centre communautaire récréatif St-Jean-Baptiste

Centre communautaire Sintra St-Charles

Centre communautaire Pierre-Lemaire

Centre communautaire St-Joachim

Centre Normand-Léveillé

Reçu et validé par :

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

Ces informations demeureront confidentielles. Elles seront acheminées aux membres du comité d'évaluation des demandes d'accompagnement. De plus, seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions et de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie.

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

L'horaire régulier du camp de jour est de 9 h à 16 h. Tous les centres offrent un service de surveillance animée (service de garde) avant et après l'horaire régulier.

Le Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier ainsi que durant la surveillance animée. Toutefois, il se peut que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.

Une grille horaire des périodes de fréquentation est disponible en **annexe 1** du présent formulaire. **Veillez la remplir à la demande de l'organisme.**

DÉCISION DU COMITÉ D'ÉVALUATION DES DEMANDES

Il revient au comité d'évaluation des demandes de :

- décider si la demande d'accompagnement est justifiée et si un accompagnement est requis;
- décider du ratio d'accompagnement;
- dans la mesure du possible, d'offrir d'autres modalités d'accommodements lorsque l'accompagnement n'est pas approprié.

AUTORISATIONS ET SIGNATURE DU RÉPONDANT

*** Veuillez apposer vos initiales dans la case après chaque affirmation. ***

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers en camps de jour*.

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. **Dans le cas contraire, le comité d'évaluation se réserve le droit de considérer la demande non admissible.**

Je confirme que le bien-être de mon enfant a été pleinement considéré au moment de remplir le formulaire.

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

Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je m'engage à les autoriser à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.

Je m'engage à respecter la décision du comité d'évaluation.

Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation et l'autonomie de mon enfant au camp de jour.

Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.

Nom de l'enfant

Signature

Date

Nom du répondant en lettre majuscules

Lien avec l'enfant

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



Centre communautaire Saint-Joséphim-de-Courval



CENTRE COMMUNAUTAIRE RÉCRÉATIF SAINT-JEAN-BAPTISTE DE DRUMMONDVILLE INC.



Centre communautaire Pierre-Lemire



ANNEXE 1

PÉRIODE DE FRÉQUENTAION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

SEMAINES	CAMP DE JOUR	SERVICE DE GARDE	HEURES
Du 23 au 25 juin 2021 (Congé férié le 24 juin 2021)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 28 juin au 2 juillet 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 5 au 9 juillet 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 12 au 16 juillet 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 19 au 23 juillet 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 26 au 30 juillet 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 2 au 6 août 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 9 au 13 août 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 16 au 20 août 2021 (Pas offert par tous les centres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :

PROGRAMME D'INTÉGRATION DES ENFANTS AYANT DES BESOINS PARTICULIERS EN CAMP DE JOUR



ANNEXE 2 | ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT PAR UNE PERSONNE RESSOURCE

Collecte de données à compléter par les personnes ressources identifiées à la section 5 du FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Objectif de la collecte de données

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. Dans le but de mieux répondre aux besoins de l'enfant, une évaluation par une personne ressource autre que le parent nous permet de faire une continuité entre l'école, les services sociaux et le camp de jour. Votre expertise est essentielle afin de savoir si l'intégration au camp de jour, selon le programme qui est proposé, est l'alternative estivale qui convient aux besoins de l'enfant.

1. Identification de l'enfant				
Nom de l'enfant :			Site de camp de jour :	
2. Capacité de l'enfant à participer à une journée type de camp de jour				
ACTIVITÉS	Capacité de l'enfant à participer seul à l'activité			OUTILS / INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER
	Avec facilité	Avec difficulté	Aucune	
Rassemblement (Grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements (Suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communications (Expression de ses besoins et de ses émotions, gestion de relations avec les pairs et les adultes, communication verbale ou non-verbale, utilisation d'outils ou de signes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeux structurés (Compréhension des règles du jeu/respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 min. selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeux sportifs (Gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bricolages (Suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repas (Demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je manque quoi et dans quel ordre ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piscine (Se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sorties (Prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quotidien au camp de jour (Bouleversement à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désorganisation	Comportements observables :		Interventions à faire :	
3. Recommandations				
Le camp de jour est le service estival qui convient à l'enfant.			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, : Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Le ratio suggéré serait :			<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 1/6 Autre :	
L'accompagnement idéal serait réalisé par :			<input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> sans importance	
L'enfant peut intégrer un groupe de :			<input type="checkbox"/> son âge <input type="checkbox"/> plus jeune <input type="checkbox"/> plus vieux	
4. Commentaires pour soutenir vos recommandations (utiliser le verso au besoin)				
5. Intervenant				
Nom :		Signature		Téléphone :

Ce document doit être remis en même temps que le « Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant » à l'organisme offrant le camp de jour, au plus tard le 1^{er} avril 2021.