

## Formulaire de demande d'accompagnement municipalité de Saint-Gabriel

---

Afin d'établir les besoins d'accompagnement spécialisé pour le camp de jour de l'été, la municipalité de Saint-Gabriel on vous demande de remplir le formulaire ci-joint et de le retourner. Ce formulaire doit être rempli par un parent (tuteur) et peut obtenir la collaboration d'un intervenant du CISSS qui connaît les besoins particuliers de l'enfant.

### Identification de l'enfant

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Sexe :      Féminin                       Masculin                       Autre  \_\_\_\_\_

### Identification du 1<sup>er</sup> parent (tuteur)

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Téléphone (autre) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**Courriel** : \_\_\_\_\_

### Identification du 2<sup>e</sup> parent (tuteur)

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Téléphone (autre) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**Courriel** : \_\_\_\_\_

### Informations additionnelles

#### Suivi pédagogique

Nom de l'établissement scolaire fréquenté en 2025-2026 : \_\_\_\_\_

- Est-ce que votre enfant est actuellement en classe régulière ? Oui  Non
- Si oui, est-ce qu'il reçoit le soutien d'un éducateur spécialisé ? Oui  Non

#### Suivi professionnel

Recevez-vous un support d'un établissement (CRDI, CLSC, Centre de réadaptation, etc.) ? Oui  Non

- Si oui, veuillez spécifier lequel : \_\_\_\_\_

Pouvons-nous contacter cet intervenant pour améliorer la qualité de l'encadrement offert à votre enfant ?

Oui  Non

- Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_
- Coordonnées de l'intervenant : \_\_\_\_\_

### Besoin d'accompagnement

Comme votre enfant a besoin d'accompagnement, quel serait le ratio d'encadrement selon vous ?

---

---

---

Autres renseignements utiles :

---

---

---

### Types de besoins particuliers de l'enfant

Auditif

Comportemental

Spécifiez :

Intellectuel

Communication

Physique ou moteur

Visuel

Relationnel

Autre

---

---

---

### Autonomie de l'enfant

Langage utilisé :

Parlé :

Gestuel :

Non verbal :

Appareil de communication :

L'enfant se fait comprendre :  
100 % du temps   
75 % du temps   
50 % du temps   
Moins de 50 % du temps

L'enfant comprend :  la majorité des demandes qui lui sont adressées  
 des phrases simples doivent être utilisées pour que mon enfant comprenne les consignes  
 les consignes simples, mais il doit être accompagné  
 Autre \_\_\_\_\_

### L'enfant a besoin d'aide pour :

Manger :      jamais       parfois       souvent       Détailler le soutien nécessaire :

Boire :      jamais       parfois       souvent       \_\_\_\_\_

S'habiller :      jamais       parfois       souvent       \_\_\_\_\_

Se déplacer :      jamais       parfois       souvent       \_\_\_\_\_

(intérieur)

Se déplacer :      jamais       parfois       souvent       \_\_\_\_\_

(extérieur)				
Aller aux toilettes :	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire : _____
Ses soins personnels :	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire : _____
Se déplacer en fauteuil roulant :	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire : _____
Se déplacer avec d'autres appareils :	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire : _____
Lire et écrire	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	Détailler le soutien nécessaire : _____

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

**Capacités aquatiques :**

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

Commentaires : \_\_\_\_\_

**Alimentation**

L'enfant a-t-il une diète alimentaire spéciale ou un besoin spécifique entourant l'alimentation ?    Oui     Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Problème particulier de santé**

Allergie et/ou intolérance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Épilepsie :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Problème cardiaque :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Problème respiratoire grave :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____
Diabète :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Commentaire : _____

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## Comportement

L'enfant a-t-il des éléments à surveiller au niveau du comportement      Oui       Non

### Comportements :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même          | <input type="checkbox"/> Manie ou habitudes particulières (rigidités) |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres        | <input type="checkbox"/> Phobies                                      |
| <input type="checkbox"/> Anxiété                              | <input type="checkbox"/> Adaptation aux changements                   |
| <input type="checkbox"/> Automutilation                       | <input type="checkbox"/> Opposition à l'autorité                      |
| <input type="checkbox"/> Situation de désorganisation (crise) | <input type="checkbox"/> Relations sociales difficiles ou maladroités |
| <input type="checkbox"/> Conscience du danger                 | <input type="checkbox"/> Participation difficile aux activités        |
| <input type="checkbox"/> Fugues                               | <input type="checkbox"/> Isolement                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Sexualité                                    |

Autres (précisez) :\_

---

## Interventions à privilégier par l'accompagnateur

Selon les besoins nommés ci-dessus quelles sont les interventions requises par l'accompagnateur ?  
Il est important de bien compléter cette section.

Besoins particuliers à l'enfant	Interventions à privilégier

Commentaires :

---

## Médication

Est-ce que votre enfant devra prendre de la médication lors de ses périodes d'encadrement au camp de jour ?

Oui

Non

### Fréquence du camp de jour

**IMPORTANT** : L'accès au programme d'accompagnement spécialisé est d'une durée hebdomadaire **maximale de 8h heure**. Un manque de ressource pourrait occasionner une diminution des heures d'accompagnement hebdomadaire ou même une indisponibilité du service.

Mon enfant fréquentera le Camp de jour (cochez s.v.p.)

À temps plein (**40 heures**) :  À temps partiel :  Précisez : \_\_\_\_\_

Nombre de demi-journées ou de journées complètes nécessaires par semaine ? \_\_\_\_\_

Un nombre **maximal de 40 heures par semaine** vous sera offert selon la disponibilité de notre ressource. Nous prendrons en compte de vos besoins selon les limites de ressources dont nous disposons.

Mon enfant sera absent du camp de jour les semaines suivantes :

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### **Autorisation et consentement du parent**

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Dans le cas contraire, le gestionnaire du camp se réserve le droit de réévaluer la demande.

J'autorise les personnes directement impliquées à la gestion du camp de jour 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 l'équipe du camp de jour 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 l'équipe du camp de jour dès que celle-ci en fait la demande.

Nom et prénom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Veuillez retourner ce formulaire aux coordonnées suivantes : loisirs.stgab@mitis.qc.ca

Pour des informations complémentaires, vous pouvez contacter : Emmanuelle Charette 418-775-0148 #2077