

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

AU CAMP DE JOUR 2017 (26 juin au 18 août)

- POUR ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 17 ANS,
- PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME
- RÉSIDANT À SAINT-HYACINTHE



Chaque été, près de 1 700 jeunes Maskoutains s'inscrivent dans les différents camps de jour des Corporations de loisirs de quartier pour passer un été actif et stimulant.

Si un diagnostic de TED ou TSA a été posé, si votre enfant possède une incapacité physique ou intellectuelle, le **Programme d'accompagnement** offert par le Service des loisirs lui est destiné.

Pendant les 8 semaines du camp de jour estival, votre **enfant sera jumelé à un accompagnateur** ayant pour mandat de faciliter son intégration et d'encourager sa participation aux activités.

À l'été 2016, grâce au soutien financier de la Ville, 79 enfants répartis dans six quartiers, ont pu profiter des services de 44 accompagnateurs et 3 intervenantes psychosociales.

INSCRIPTION : date limite 1^{er} mars 2017

Le 1^{er} mars semble tôt pour inscrire votre enfant en vue de l'été prochain, mais le Service des loisirs a plusieurs étapes à franchir pour préparer la saison de camp de jour.

MARS	Recrutement du personnel estival.
AVRIL	Entrevues d'embauche.
MI-MAI	Confirmation au parent du quartier retenu pour son enfant.
FIN-MAI	Le parent inscrit son enfant au camp de jour du quartier que son enfant fréquentera.
DÉBUT JUIN	Rencontre des parents et des accompagnateurs.

IMPORTANT : Il sera impossible de s'inscrire au camp de jour sans accompagnateur après le 30 mai 2017.

Dépôt de 100 \$

Vous devez joindre un dépôt de 100 \$ à votre formulaire d'inscription; **ce dépôt vous sera crédité** lors de l'inscription de votre enfant au camp de jour qui aura lieu **les 29 et 30 mai**. *Pour toute inscription après le 1^{er} mars, le dépôt ne sera pas crédité.*

Nous invitons les parents, qui souhaitent utiliser le service d'accompagnement l'été prochain, à compléter les deux pages suivantes et à **les retourner avec votre dépôt (chèque à l'ordre de Ville de Saint-Hyacinthe) d'ici le 1^{er} mars** au :

SERVICE DES LOISIRS

850, rue Turcot – 2^e Étage,
Saint-Hyacinthe J2S 1M2

Pour information, composez le 450 778-8333

(du lundi au jeudi entre 9 h et midi ou 13 h et 17 h; le vendredi entre 8 h 30 et 13 h)

IMPORTANT : *Les parents qui habitent dans les autres municipalités de la MRC des Maskoutains doivent s'adresser à leur municipalité pour une demande d'accompagnement.*

Remplir un (1) formulaire par enfant

ÉTÉ 2017

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant :	_____	Sexe de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse :	_____		
	N° Rue	Âge : _____	
	Ville Code postal		
Date de naissance :	_____/_____/_____		
	Jour Mois Année		

Expériences antérieures, attentes et besoins
 Votre enfant a-t-il déjà fréquenté :

<input type="checkbox"/> Camp de jour	Nom de l'établissement : _____	Dernière année de fréquentation : _____
<input type="checkbox"/> Camp de vacances	_____	_____

Désirez-vous que votre enfant intègre un groupe de camp de jour régulier : oui non

Si oui, indiquez vos choix de quartier (mettre vos 3 choix) :

1^{er} choix : _____ 2^e choix : _____ 3^e choix : _____

Indiquez vos besoins pour l'été 2017 :

<input type="checkbox"/> SEM. 1 (26 au 30 juin)	<input type="checkbox"/> SEM. 2 (3 au 7 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 3 (10 au 14 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 4 (17 au 21 juillet)
<input type="checkbox"/> SEM. 5 (24 au 28 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 6 (31 juillet au 4 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 7 (7 au 11 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 8 (14 au 18 août)

Indiquez vos besoins en service de garde :

AM MIDI PM

Type d'incapacité

Auditive Motrice Trouble de langage et de la parole Visuelle

Autisme Intellectuelle Trouble envahissant du développement Autre(s) : _____

Problème de santé mentale

Communication

Langage utilisé parlé non verbal

gestuel un appareil de communication (tableau bliss ou autres)

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre oui non

Votre enfant comprend oui non

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger oui non

Boire oui non

Diète spéciale oui non

Problèmes rencontrés : _____

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller

oui non

Déplacements

Votre enfant se déplace

à l'intérieur seul avec aide

à l'extérieur seul avec aide

en fauteuil roulant seul avec aide

ne s'applique pas

autres appareils seul avec aide

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour

ses soins personnels aller à la toilette

incontinence

autre(s) : _____

Problèmes de santé particuliers

Votre enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur

oui non

Si oui, nature des problèmes

diabète problème respiratoire grave

épilepsie problème cardiaque

allergie sévère autre(s) : _____

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement

oui non

Si oui, nature des troubles

agressivité envers lui-même opposition régulière

agressivité envers les autres problème de fugue

anxiété autre(s) : _____

opposition occasionnelle

Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur

rappel des consignes stimulation à la participation

aide à l'orientation assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture

aide au transfert (fauteuil roulant)

autre(s) : _____

aide aux transitions (précisez) : _____

Médication

Votre enfant prend-t-il un ou des médicament(s)

oui non

Si oui, spécifiez le nom du ou des médicament(s) et le ou les motif(s) :

Votre enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide

oui non

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR LÉGAL

Mère Père Tuteur légal

Mère Père Tuteur légal

Nom et prénom :

Adresse :

No.

Rue

No.

Rue

Ville

Code postal

Ville

Code postal

Téléphone résidentiel :

Téléphone au travail :

Téléphone cellulaire :

Courriel :

SERVICES ACTUELS – SANTÉ/RÉADAPTATION

- CISSS de la Montérégie-Est / CLSC des Maskoutains : Volet santé (incluant infirmière scolaire)
 Volet psychosocial (travailleur social, psychoéducateur, éducateur)
- CISSS de la Montérégie-Ouest / Centre montréalais de réadaptation – Saint-Hyacinthe
- CISSS de la Montérégie-Ouest / Programme de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (anciennement CRDITED)
- CISSS de la Montérégie-Centre / Institut Nazareth et Louis-Braille
- Autre Spécifiez : _____

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - SCOLAIRE

Identification des renseignements pouvant être partagés (oral/écrit) :

▪ Plan d'intervention adapté;

Nom de l'école : _____

▪ Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;

Directeur de l'école

▪ Renseignements concernant sa routine;

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives

▪ Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Autres Spécifiez : _____

Nom

N° de téléphone

AUTORISATION

En considération de ce qui précède, j'autorise les représentants des organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 2017.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1^{er} septembre 2017.

Signature du parent

date

ENGAGEMENT DES PARENTS

Collaborer avec le personnel du programme d'accompagnement et fournir les informations nécessaires au bon fonctionnement de l'accueil des enfants.

Participer à la rencontre de parents avec votre enfant prévue en juin.

Pendant le camp de jour, prévenir **de tout retard** ou **absence dès que possible** OU **au plus tard à 7 h le matin même**.
(Si votre enfant s'absente sans préavis, le salaire de son accompagnateur vous sera facturé).

Signature du parent

date