

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

AU CAMP DE JOUR 2018 (26 juin au 17 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 **animateur à l'intégration (nouveau terme pour désigner un accompagnateur)** ayant pour mandat de faciliter sa participation aux activités et son intégration à la vie au camp de jour.

À l'été 2017, grâce au soutien financier de la Ville, 84 enfants répartis dans huit quartiers ont pu profiter des services de 47 animateurs à l'intégration et 3 intervenantes psychosociales.

INSCRIPTION : date limite 1^{er} mars 2018

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.
DÉBUT-MAI	Confirmation au parent du quartier retenu pour son enfant.
MI-MAI	Le parent inscrit son enfant au camp de jour du quartier que son enfant fréquentera.
MI-JUIN	Rencontre des parents avec les animateurs à l'intégration.

IMPORTANT : Il sera impossible de s'inscrire au camp de jour sans accompagnateur après le 16 mai 2018.

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 15 et 16 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

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant :	_____	Sexe de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse :	_____	Âge :	_____
	N° Rue		
	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 29 juin)	<input type="checkbox"/> SEM. 2 (2 au 6 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 3 (9 au 13 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 4 (16 au 20 juillet)
<input type="checkbox"/> SEM. 5 (23 au 27 juillet)	<input type="checkbox"/> SEM. 6 (30 juillet au 3 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 7 (6 au 10 août)	<input type="checkbox"/> SEM. 8 (13 au 17 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

<input type="checkbox"/> parlé	<input type="checkbox"/> non verbal
<input type="checkbox"/> gestuel	<input type="checkbox"/> un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)

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

<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(s) : _____

Compréhension

Votre enfant se fait comprendre oui non

Votre enfant comprend oui non

Problèmes de comportement

Votre enfant a des problèmes de comportement

oui non

Si oui, nature des troubles

<input type="checkbox"/> agressivité envers lui-même	<input type="checkbox"/> opposition régulière
<input type="checkbox"/> agressivité envers les autres	<input type="checkbox"/> problème de fugue
<input type="checkbox"/> anxiété	<input type="checkbox"/> autre(s) : _____
<input type="checkbox"/> opposition occasionnelle	

Alimentation

Votre enfant a besoin d'aide pour

Manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Boire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diète spéciale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Problèmes rencontrés : _____

Interventions 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 (fauteuil roulant)	
<input type="checkbox"/> autre(s) : _____	
<input type="checkbox"/> aide aux transitions (précisez) : _____	

Habillage

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller

oui non

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

Déplacements

Votre enfant se 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	
autres appareils	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide

Soins personnels

Votre enfant a besoin d'aide pour

<input type="checkbox"/> ses soins personnels	<input type="checkbox"/> aller à la toilette
<input type="checkbox"/> incontinence	
<input type="checkbox"/> autre(s) : _____	

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 2018.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 1^{er} septembre 2018.

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