

Le responsable de l'enfant doit prendre connaissance du *Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour* notamment pour connaître les critères d'admissibilité (lieu de résidence, âge, etc.) et l'offre de service. Le formulaire doit être transmis à l'organisme gestionnaire de camp de jour le **15 avril au plus tard**. Pour que la demande de soutien soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

1. Renseignements relatifs à la demande (à compléter par le répondant de l'enfant)

Organisme gestionnaire : CAMP DE JOUR KÉNO

| | |
|---|--|
| Site désiré : <input type="checkbox"/> Pionniers - Laure-Gaudreault – Camp de jour 10-12 ans et Multisports 7-9 ans et 10-12 ans <input type="checkbox"/> Pionniers - Marguerite-Bourgeois – Camp de jour 4-6 ans et 7-9 ans <input type="checkbox"/> Les Bocages – Camp de jour 4-6 ans, 7-9 ans et 10-12 ans <input type="checkbox"/> CCMES – Multisports 7-9 ans et 10-12 ans | Groupe d'âge désiré : <input type="checkbox"/> 4-6 ans <input type="checkbox"/> 7-9 ans <input type="checkbox"/> 10-12 ans |
|---|--|

2. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son responsable

| | | | |
|---|------------------------|---|--|
| Nom de l'enfant | | Prénom | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | | | |
| Ville | Province QC | Code postal | Téléphone (résidence) |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) | | Âge ans | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Parent 1 - Nom du parent ou du responsable | Prénom | | Lien avec l'enfant |
| Téléphone (résidence) | Téléphone (cellulaire) | | Courriel |
| Parent 2 - Nom du parent ou du responsable | Prénom | | Lien avec l'enfant |
| Téléphone (résidence) | Téléphone (cellulaire) | | Courriel |
| L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> ses deux parents <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> autre (précisez) : | | L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) : | |
| L'enfant fréquente présentement l'école? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | Si oui, quel est le nom de son école? | |
| Si oui, est-il dans une classe régulière à temps plein ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | Est-ce que votre enfant bénéficie de services particuliers à l'école ? <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la section 3) <input type="checkbox"/> Oui | |
| Quels sont les services particuliers offerts par l'école (ex. : heures TES en 1/1, ratio classe plus petit) : | | | |
| Service : | | | |
| Fréquence : | | | |

3. Historique d'accompagnement

| | | |
|---|---|--|
| Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l'été passé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite) | Quel site fréquentait-il? Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Si oui, selon quel ratio d'accompagnement ? (animateur/enfant) <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : |
| Dans la dernière année, y a-t-il eu des changements significatifs dans la vie de l'enfant qui ont une incidence sur ses comportements ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : (si non, passez à la section 4) | | |
| Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Impact positif <input type="checkbox"/> Impact négatif <input type="checkbox"/> Aucun impact Précisez : | | |

4. Statut du diagnostic de l'enfant (facultatif)

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic

Non Oui

(si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la **section 5**)

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic

Non Oui

| 5. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.) | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|---|------------------|------------------|
| Intervenant(s) | CIUSSS de la Capitale-Nationale | | | École (précisez) | Autre (précisez) |
| | Direction DI-TSA-DP | Direction Jeunesse (DJ) | Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) | | |
| Nom du professionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Titre | | | | | |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) | | | | | |
| Nom du professionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Titre | | | | | |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant. | | | | | |

| 6. Nature des limitations de l'enfant | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <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"/> niveau 1 – besoin de soutien très important <input type="checkbox"/> niveau 2 – besoin de soutien important <input type="checkbox"/> niveau 3 – besoin de soutien | | | <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> non-verbal | |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | <input type="checkbox"/> fine | <input type="checkbox"/> globale | <input type="checkbox"/> fine et globale | 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"/> expression | <input type="checkbox"/> compréhension | <input type="checkbox"/> mixte | Précisez : | |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention | <input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA) | | <input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH) | | |
| <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"/> Autre | Précisez : | | | | |

| 7. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants ? | | | | |
| COMPORTEMENTS | FRÉQUEMMENT | PARFOIS | RAREMENT | JAMAIS |
| Mord | <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"/> |
| Frappe | <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"/> |
| Crie | <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"/> |

| COMPORTEMENTS (suite) | FRÉQUEMMENT | PARFOIS | RAREMENT | JAMAIS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Opposition aux consignes et aux règles | <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"/> |
| Brise le matériel | <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"/> |
| Éveil sexuel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté avec les transitions d'activités | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à gérer les situations imprévues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à déroger de ses routines ou rituels | <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"/> |
| 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"/> |

8. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements?

9. Évaluation du degré de supervision

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

| SITUATIONS | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Autonomie | | | | | |
| Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hygiène personnelle (ex. : toilette) Précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation (ex. : repas et collation) | <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"/> |
| Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, 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"/> |
| Éviter les situations dangereuses (conscience du danger) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Participation aux activités | | | | | |
| Stimulation à la participation | <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"/> |
| Interaction avec les autres enfants | <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"/> |
| Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.) | <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"/> |

9. Évaluation du degré de supervision (suite)

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

| SITUATIONS | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Communication | | | | | |
| Compréhension des consignes | <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"/> |
| 4. Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante) | | | | | |
| Marche en terrain accidenté | <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"/> |
| 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"/> |

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

| SITUATIONS | Oui | Non | Précisez |
|--|--------------------------|--------------------------|----------|
| 5. Aide à la mobilité | | | |
| Utilisation d'un fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'une marchette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utilisation d'une canne ou de béquilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Aide à la communication | | | |
| Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Langage des signes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gestes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

10. 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 (8 h à 17 h), sortie à l'extérieur du site de camp, etc.)?

Non Oui (si oui, précisez :)

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 :

- limiter ou contrôler des situations de désorganisation Précisez :

12. Sur une échelle de 0 à 3, 3 étant le plus élevé, quel est le niveau d'intérêt de votre enfant à participer au camp de jour cet été ?

3 2 1 0 (aucun) Ne sais pas

Commentaires :

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 pendant la période des mois de septembre à mai?

Non Oui Si oui, quelle(s) activité(s)?

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement

Non Oui

14. Recommandation d'un intervenant

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT (CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP DE JOUR, ETC.)

Message destiné à l'intervenant

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 sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle pour nous car elle sera un complément important dans l'analyse des besoins et le niveau de soutien requis pour l'enfant.

Vos réponses nous guideront aussi dans la mise en œuvre des recommandations et des accommodements nécessaires pour favoriser la participation active aux activités et l'intégration optimale l'enfant.

Nous vous invitons donc à consulter le programme¹ afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature exacte du service offert.

Identification de l'enfant

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| Nom de l'enfant | Site de camp de jour |
|------------------------|-----------------------------|

| Activités | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Rassemblement (participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sécurité (fait le choix de comportements qui assure sa sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déplacements et accessibilité (suit le un groupe, se place en rang, marche plusieurs minutes, est en mesure de se déplacer sur un terrain pouvant être accidenté, accès au site de camp de jour) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Communications <i>Expression</i> : Être en mesure de s'exprimer (communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions) <i>Compréhension</i> : Être en mesure de comprendre (comprends les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites) <i>Interaction</i> : Entrer en relation avec les autres (interagir avec les autres pour avoir des liens, joue et échange avec les autres jeunes, utilise des stratégies d'interaction de façon appropriée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeux structurés (attend son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l'âge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeux sportifs (sait gérer l'esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bricolages (en mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet d'utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Repas (demeure assis au sol ou sur une table de pique-nique, est autonome, gère sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de la Ville de St-Augustin.

| Activités (suite) | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Piscine (S'il y a lieu) (se change de vêtements, gère ses objets personnels, participe à la période de baignade malgré le bruit et les éclaboussures) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sorties (prend l'autobus, visite de nouveau environnement, changement de la routine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacité d'adaptation (S'adapte aux bouleversements à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, modification des règles d'un jeu, s'adapte lors des moments de transitions) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dans le cas d'une désorganisation

Comportements observables (fréquence, intensité, durée)

Interventions à privilégier

Accommodements à mettre en place

Selon vous, quels sont les mesures à mettre en place pour que l'enfant puisse intégrer le camp de jour ?
(ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel, ...)

Recommandations pour les services estivaux

- une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante : Non Oui
(si oui, passez à la question 4)
- l'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant : 1/1 1/2 1/3
 Autre, précisez:
- l'accompagnement idéal serait réalisé par : une femme un homme
 sans importance
- l'enfant peut intégrer un groupe de : son âge plus jeune
 plus vieux

Signature de l'intervenant

Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour.

initiales

Nom

Date (aaaa/mm/jj)

Organisation

Téléphone (incluant le numéro du poste)

Titre

Courriel

IMPORTANT

Cette section du formulaire doit être remise au répondant de l'enfant, et doit être transmise au Camp de jour Kéno le **15 avril au plus tard**. Par courriel à : formulaires@campkeno.com OU par la poste :
Camp de jour Kéno 5020, rue Clément-Lockquell – St-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 1B3

15. Horaire de fréquentation de l'enfant au camp de jour

Nous devons prévoir les périodes de fréquentation de votre enfant afin de lui apporter le soutien nécessaire durant sa présence au camp de jour. **Pour chacune des semaines, il est important de compléter la grille horaire en y indiquant les périodes où votre enfant sera au camp cet été.**

Indiquez l'heure d'arrivée et l'heure de départ de l'enfant dans les cases appropriées, ainsi que le nombre d'heures de présence pour chacune des journées et le nombre total d'heures pour chaque semaine où vous l'inscrivez au camp. Cet horaire nous permettra de lui assigner son animateur/trice à l'intégration. Merci de votre collaboration!

Nous validerons cet horaire avec vous en juin. Par la suite, tout changement à l'horaire devra être signalé au moins 1 semaine à l'avance. L'absence de votre enfant a une incidence importante pour la personne qui l'accompagnera pendant l'été !

EXEMPLE :

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | 8H00 | 8H00 | 8H00 | X | 9H00 | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | 17H00 | 17H00 | 17H00 | X | 16H00 | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | 9 | 9 | 9 | 0 | 7 | |

Semaine du 30 juin au 2 juillet 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | X | X | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | X | X | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 5 au 9 juillet 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 12 au 16 juillet 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 19 au 23 juillet 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 26 au 30 juillet 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 2 au 6 août 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 9 au 13 août 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

Semaine du 16 au 17 août 2021

| HORAIRE/JOURS | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | TOTAL DE LA SEMAINE |
|---|-------|-------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| Heure d'arrivée (Ouverture du camp 8h) | | | | | | |
| Heure de départ (Fermeture du camp 17h) | | | | | | |
| Présence par jour (Heures cumulatives) | | | | | | |

16. Consentements, autorisations et signature du répondant

*** Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. ***

| | |
|---|---------------------------|
| 1. Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du <i>Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour</i> . | |
| 2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. Dans le cas contraire, le comité d'analyse se réserve le droit de considérer la demande non admissible. | |
| 3. Je comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début du camp de jour ou pendant la réalisation du camp de jour, la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse. | |
| 4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du <i>Programme d'intégration</i> à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 5 et 14 de ce formulaire, et ce, afin d'échanger des informations et d'obtenir des renseignements complémentaires. | |
| 5. Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 5 et 14 de ce formulaire. De plus, je les autorise à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande. | |
| 6. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse. | |
| 7. Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande. | |
| Signature | Date (aaaa/mm/jj) |
| Nom en lettres majuscules | Lien avec l'enfant |

Le formulaire doit être transmis au Camp de jour Kéno le **15 avril au plus tard**.

Par courriel à : formulaires@campkeno.com

OU

Par la poste : Camp de jour Kéno

5020, rue Clément-Lockquell

St-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 1B3

IMPORTANT : Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, soyez assurés que nous déployons tous les efforts possibles pour trouver les ressources humaines nécessaires afin de combler tous les besoins en accompagnement. Toutefois, nous ne pouvons malheureusement offrir aucune garantie de succès. Il se pourrait que nous ayons à trouver ensemble des solutions afin d'être en mesure d'accueillir votre enfant; et cela même si vous avez complété votre demande dans les temps requis.

Merci de votre collaboration !

L'Équipe du Camp de jour Kéno