****

**OUTIL COMPLÉMENTAIRE**
Évaluation des besoins pour faciliter l’intégration et l’inclusion des personnes handicapées dans un contexte de loisir

Pour bien évaluer les accommodements à mettre en place, il faut plutôt évaluer les besoins et le niveau de soutien. Le diagnostic est trop général pour être considéré comme fiable et dresser un portrait juste du jeune. On pourrait toutefois demander le diagnostic (si nécessaire) dans une fiche d’évaluation des besoins plus poussée, comme celle-ci et non au moment de l’inscription générale. L'intention est de favoriser l’intégration des participants, gérer les risques en mettant en place des moyens adaptés, tenir compte du contexte, collaborer et communiquer avec transparence. Précisez les moyens envisagés pour réduire les obstacles à sa participation.

1. Identification du participant

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |       |
| Adresse postale (Numéro, rue, App, ville, code postal) |       |
| Téléphone |       |
| Date de naissance |       | Âge actuel |       |

|  |
| --- |
| [ ]  La personne est suivie par un professionnel (intervenant, éducateur spécialisé, travailleur social, etc.)[ ]  La personne a reçu un diagnostic par un professionnel de la santé (Si nécessaire à la suite de l’inscription)[ ]  Nous avons l’autorisation de communiquer avec le professionnel |
| Nom |       |
| Profession |       |
| Téléphone |       |

2. Identification des parents ou des tuteurs

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom (mère) |       | Téléphone |       |
| Nom et prénom (père) |       | Téléphone |       |
| Nom et prénom (tuteur) |       | Téléphone |       |
| Personne à contacter en cas d’urgence |       | Téléphone |       |

3. Évaluation des besoins et niveau de soutien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Niveau de scolarité |       | [ ]  Classe régulière | [ ]  Classe spéciale |
| L’enfant a-t-il fréquenté un camp de jour l’été dernier? | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  Avec accompagnateur | [ ]  Sans accompagnateur |
| Si oui, à quel endroit? |       |
| Ratio d’accompagnement | [ ]  1/1 [ ]  1/2 [ ]  1/3 [ ]  autre (précisez) :       |
| [ ]  Déficience intellectuelle | [ ]  Légère [ ]  Moyenne [ ]  Sévère |
| Précisez :       |
| [ ]  Trisomie 21 | Précisez :       |
| [ ]  Trouble du spectre de l’autisme (TSA) | [ ]  Grade 1 : requiert un soutien |
| [ ]  Grade 2 : requiert un soutien important |
| [ ]  Grade 3 : requiert un soutien très important |
| Précisez :       |
| [ ]  Déficience physique | [ ]  Motrice - Précisez :       |
| [ ]  Visuelle - [ ]  Faible [ ]  Cécité complète |
| [ ]  Auditive - [ ]  Appareils auditifs |
| [ ]  Trouble de la coordination | [ ]  Dyspraxie | Précisez :       |
| [ ]  Trouble du langage et de la parole | [ ]  Dysphasie | Précisez :       |
| [ ]  Trouble déficitaire de l’attention (TDAH) | [ ]  Sans hyperactivité [ ]  Avec hyperactivité [ ]  Avec impulsivité[ ]  Mixte (inattention, hyperactivité, impulsivité) |
| Précisez :       |
| [ ]  Problème de santé mentale | [ ]  Anxiété  |
| [ ]  Trouble de l’attachement  |
| [ ]  Trouble obsessionnel compulsif (TOC) |
| [ ]  Autre | Précisez :       |

4. Problèmes de comportement

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Problème du comportement | [ ]  Opposition régulière |
| [ ]  Opposition occasionnelle |
| [ ]  Agressivité - [ ]  envers lui-même [ ]  envers les autres |
| [ ]  Fugue |
| [ ]  Anxiété  |
| [ ]  Automutilation  |
| [ ]  Autre | Précisez :       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autres comportements | Spécifiez dans quel contexte les comportements se manifestent | Interventions à préconiser |
| [ ]  Mord  |       |       |
| [ ]  Crache  |       |       |
| [ ]  Frappe  |       |       |
| [ ]  Bouscule  |       |       |
| [ ]  Crie  |       |       |
| [ ]  Utilise un langage inapproprié (insultes ou blasphèmes) |       |       |
| [ ]  Opposition aux consignes ou aux règles  | Moyens de l’encourager, de le motiver      |       |
| [ ]  Fugue  |       |       |
| [ ]  Intolérance aux bruits  |       |       |
| [ ]  Éveil sexuel  |       |       |
| [ ]  Difficultés avec les transitions d’activités  |       |       |
| [ ]  Difficultés avec les situations imprévues  |       |       |
| [ ]  Difficulté à déroger de la routine  |       |       |
| [ ]  N’aime pas être touché  |       |       |
| [ ]  Automutilation  |       |       |
| [ ]  Crises  | Signes précurseurs (agitation, isolement, autre)      |       |
| [ ]  Difficultés dans les relations avec ses pairs  |       |       |
| [ ]  Difficultés avec les détenteurs d’autorités |       |       |
| [ ]  Autre - Précisez        |       |       |

5. Problèmes de santé particuliers

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Allergie sévère, intolérance  | Précisez :       |
| [ ]  Régime alimentaire particulier  | Précisez :       |
| [ ]  Épilepsie  | Précisez :       |
| [ ]  Diabète  | Précisez :       |
| [ ]  Diète spéciale  | Précisez :       |
| [ ]  Incontinence  | Précisez :       |
| [ ]  Gavage  | Précisez :       |
| [ ]  Port de lunettes  | Précisez :       |
| [ ]  Sensibilités particulières (ex. : soleil, chaleur, froid, bruit, etc.)  | Précisez :       |
| [ ]  Peurs, phobies importantes  | Précisez :       |
| [ ]  Autre  | Précisez :       |

6. Médication

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament(Pour être conforme à la loi et permettre d’administrer la médication, joindre une copie de la prescription de médication. Pilulier obligatoire) | Prescrit pour | Posologie | Effets secondaires ou contre-indications (ex. : exposition au soleil, hydratation, appétit, autre) |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

7. Autonomie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMMUNICATION** | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Aucune aide |
| [ ]  Communication avec les autres  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Compréhension des consignes  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Se faire comprendre  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Autre – précisez :       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LANGAGE UTILISÉ** | [ ]  Parlé  | [ ]  Gestuel  | [ ]  Non-verbal  |
| [ ]  Appareil de communication pictogramme, tableau, ou autre - précisez :       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIE QUOTIDIENNE** | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Aucune aide |
| [ ]  Habillement (se vêtir, attacher ses souliers, boutons) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Hygiène personnelle (laver ses mains, se moucher, aller aux toilettes)  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Alimentation (repas et collation)  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Application de crème solaire  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Prise de médicaments  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Gérer ses effets personnels (boîte à lunch, sac à dos autres) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Éviter les situations dangereuses | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Rester avec le groupe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Orientation dans l’espace | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Orientation dans le temps | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Période de transition (ex. : entre les activités, vers le diner) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Bénéficie d’un horaire modifié pour la période de repas (ex. : périodes de repas plus fréquentes)Précisez :       |
| [ ]  Autre – Précisez :       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÉPLACEMENTS** | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Aucune aide |
| [ ]  Utilisation d’un fauteuil roulant manuel | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Utilisation d’un fauteuil roulant motorisé | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Poussette adaptée | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Transfert | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Canne | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Béquilles | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Déambulateur | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Marche courte distance | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Marche longue distance | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Marche en terrain accidenté | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Escaliers | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Utilisation d’un chien guide | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Transition (déplacement d’un lieu vers un autre) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Autre – Précisez :       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS** | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Aucune aide |
| [ ]  Stimulation à la participation | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Interaction avec les adultes | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Interaction avec les autres enfants | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Fonctionnement en groupe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Activités de motricité fine (bricolage, manipulations) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Activités de motricité globale (sports, jeux, ballon) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Baignade - [ ]  avec veste [ ]  sans veste | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  Restrictions quant à certaines activités Précisez :       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| Fournir tout autre renseignement permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation et faciliter son autonomie. |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Date   |       |

**OUTILS ET LIENS UTILES**

Espace Camps du Conseil Sport Loisir de l’Estrie

* + [Trousse de matériel adapté pour le personnel accompagnateur et animateur](https://www.csle.qc.ca/ressources/outils/la-trousse-de-laccompagnateur/)
	+ [Coffre à outils pour l’embauche d’accompagnateurs](https://www.csle.qc.ca/ressources/outils/coffre-a-outils-pour-lembauche-daccompagnateurs/)
	+ [Formation :](https://www.csle.qc.ca/calendrier-des-formations/) *[Certification en accompagnement camps de jour](https://www.csle.qc.ca/calendrier-des-formations/)*
	+ [Atelier de sensibilisation](http://csle.qc.ca/services/sensibilisation-en-animation-mieux-comprendre-pour-mieux-agir-en-camp-de-jour-2/) *[Mieux comprendre la différence pour mieux agir](http://csle.qc.ca/services/sensibilisation-en-animation-mieux-comprendre-pour-mieux-agir-en-camp-de-jour-2/)*
	+ [Programme de soutien financier](https://www.csle.qc.ca/programmes-du-conseil-sport-loisir-de-lestrie/) *[Accompagnement des personnes handicapées en camps de jour](https://www.csle.qc.ca/programmes-du-conseil-sport-loisir-de-lestrie/)*

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

* + [Du nouveau pour l'inclusion dans les camps de jour! | Communiqué CDPDJ](https://www.cdpdj.qc.ca/fr/actualites/du-nouveau-pour-linclusion-dans-les-camps-de-jour)

Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH)

* + Guide de référence *Vers une intégration réussie*<https://www.aqlph.qc.ca/app/uploads/2023/08/Integration-cdj-guide-reference-2023.pdf>
	+ Auto-évaluation de ce guide en ligne : [cliquez ici](https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/camps-de-jour/autoevaluation-vers-une-integration-reussie-en-camp-de-jour/)
	+ MétaPRISME application en collaboration avec Espace MUNI et Ville de Victoriaville
	<https://www.aqlph.qc.ca/metaprisme-soutien/>
	+ Répertoire pistes d’action
	<https://www.aqlph.qc.ca/app/uploads/2023/08/integration-cdj-evaluation-besoins-outil-repertoire.pdf>
	+ *Janvier, mois de l’inclusion* - Enregistrement de Webinaire
	<https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/camps-de-jour/janvier-mois-de-linclusion/>
	+ Service gratuit plateforme recrutement des accompagnateurs
	<https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/recrutement/formulaire/>
	+ Affichage des emplois disponibles
	<https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/recrutement/emplois-disponibles/>

Association des camps du Québec (ACQ)
<https://campsquebec.com/outils>