

Municipalité des Cèdres



**Politique de soutien
à l'intégration des enfants vivant
avec une déficience intellectuelle
ou physique
au programme de camp de jour**

En vigueur depuis juin 2015



PROGRAMME DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION DES ENFANTS VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU PHYSIQUE AU PROGRAMME CAMP DE JOUR

1. OBJECTIF

Favoriser l'accessibilité à des activités de loisirs épanouissantes pour les enfants vivant avec une déficience intellectuelle ou physique par l'entremise au programme de camp de jour.

2. CLIENTÈLE CIBLE

Jeunes ayant des besoins spéciaux (physiques ou intellectuels) dont la participation au programme de camp de jour d'été serait jugée bénéfique à leur développement et dont la capacité fonctionnelle leur permet une intégration réelle aux activités du camp.

3. Admissibilité

Enfants âgés de 5 à 12 ans (5 ans au 30 septembre de l'année précédente), résidant permanent à Les Cèdres admissibles au programme de camp de jour et inscrit pour une période d'au moins 4 semaines consécutives.

Enfants dont les capacités physiques ou intellectuelles sont telles que les services d'un accompagnateur sont requis afin d'assurer leur présence sécuritaire au programme et dont la participation aux activités prévues serait jugée possible et bénéfique à leur développement.

En tout temps, la Municipalité se réserve le droit d'évaluer chacune des demandes et limiter la présence ou d'exclure tout participant dont la participation peut compromettre le fonctionnement régulier du camp ou dont l'objectif de pleine intégration n'est pas atteint.

L'acceptation de l'enfant dans le cadre de cette politique est sujette à une révision continue par les responsables du programme et n'est pas considérée comme automatique.

Toute demande dans le cadre de cette politique doit être faite à la Municipalité avant le 15 février de chaque année afin de permettre à la Municipalité d'assurer le recrutement, la formation et la préparation de l'accompagnateur. Aucune demande d'accompagnateur ne sera acceptée après cette date à l'exception des inscriptions pour l'année 2015 qui doivent être déposées au plus tard le 17 juin 2015.

4. AIDE ACCORDÉE PAR LA MUNICIPALITÉ

La Municipalité accordera au participant les services d'un accompagnateur selon le ratio établi par le professionnel de la santé ayant complété l'attestation requise et les contributions financières établies par la Municipalité. En fonction des accompagnateurs disponibles et des possibilités de jumelages par groupes, la Municipalité peut modifier le ratio participant/accompagnateur.

Ce service est assuré pour les heures spécifiées au programme de camp de jour, soit de 9h à 16h, excluant les heures du service de garde qui sont complémentaires et à la charge du participant.

Le nombre maximal de participants pour ce programme est de cinq personnes. Cependant, la Municipalité se réserve le droit de réduire le nombre de participants ou le temps de fréquentation des participants à ce programme si le nombre d'accompagnateurs disponibles ne répond pas à l'ensemble des demandes reçues.



5. OBLIGATION PARENTALE / TUTEUR

Formuler la demande avant la date limite en joignant les documents complémentaires dûment complétés requis par la Municipalité, soit :

Fiche d'inscription

Bilan de santé et évaluation des besoins

Recommandation du professionnel-référent

Autorisation de communication des renseignements au dossier médical

Collaborer de façon étroite avec les responsables du programme, les moniteurs et l'accompagnateur afin d'assurer une communication efficace entre l'ensemble des intervenant.

6. CONTRIBUTIONS FINANCIÈRES

La Municipalité assumera les dépenses associées au fonctionnement régulier des camps de jour, les frais forfaitaires d'inscription au camp de jour pour le participant (et incluant l'accompagnateur) afin de couvrir les frais externes du programme ainsi que les dépenses salariales pour l'accompagnateur, basé sur un minimum de 140 heures, soit 4 semaines consécutives, et au plus 280 heures de programmation régulière de camp de jour.

7. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET LIMITATIONS

Participant :

Parent ou tuteur responsable de l'enfant.

Salaires :

Le taux horaire et charges sociales.

Ratio enfant/accompagnateur :



Dans le cas où le ratio est autre que 1/1, le partage des frais des participants est effectué à part égale entre les participants concernés, sans égards aux horaires réels de participation.

Transport :

La Municipalité n'offre aucun service de transport ou n'assume aucun frais relié au transport des participants.

Horaire :

Dans tous les cas, l'horaire de l'accompagnateur sera limité à un maximum de 35 heures par semaine.

Subventions :

Toute somme reçue en vertu d'une demande de subvention effectuée personnellement par le participant ou au nom personnel du participant est conservée par celui-ci.

Toute somme reçue en vertu d'une demande de subvention effectuée par la Municipalité des Cèdres dans le cadre de programmes généraux est conservée par celle-ci.

Absentéisme :

Considérant l'engagement de la Municipalité envers son personnel temporaire durant la saison estivale ou de son mandataire, la Municipalité n'effectuera aucun remboursement au participant pour les journées où le participant est absent du programme. Il est entendu que la Municipalité des Cèdres peut réassigner l'accompagnateur selon les besoins de ses programmes d'animation d'été.

Service de garde :

Il est entendu que les charges du service de l'accompagnateur durant le service de garde sont au frais du participant et que le participant désirant se prévaloir de ce service devra en assumer la totalité des frais. La contribution parentale à cet égard (salaire et charges sociales) devra être remise à la Municipalité avant le début du programme selon l'horaire et les réservations de journées déjà annoncées.



Annexe A

Formulaire d'inscription





FICHE D'INSCRIPTION

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance- maladie (enfant) :	
Code postal :			
Téléphone:		Date d'expiration :	
Nom de la mère		Nom du père	

BILAN DE SANTÉ ET ÉVALUATION

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son accompagnateur et au personnel concerné afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

1. TYPES DE HANDICAP

Types de handicap et niveau de sévérité :		1. Léger	2. Modéré	3. Sévère
Auditif	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Autisme	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Déficit d'attention ou hyperactivité	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Intellectuel	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Physique	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Problème de santé mentale	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Trouble envahissant du développement	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Trouble du langage et de la parole	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Visuel	Aucun <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hypersensibilité :				
Auditive <input type="checkbox"/>	Visuelle <input type="checkbox"/>	Tactile <input type="checkbox"/>	Autres : _____	



2. COMMUNICATION

Communication (langage utilisé)	Compréhension
<input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Avec appareil de communication (tableau PECS ou autres) Précisez : _____	<i>L'enfant se fait comprendre...</i> <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <i>L'enfant comprend les consignes...</i> <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement Précisez : _____

3. ALIMENTATION ET SOINS PERSONNELS

Alimentation	Soins personnels
<i>L'enfant a besoin d'aide pour...</i> 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 Précisez : _____	<i>L'enfant a besoin d'aide pour...</i> <input type="checkbox"/> Ses soins personnels <input type="checkbox"/> Aller à la toilette <input type="checkbox"/> Nécessite de l'équipement <input type="checkbox"/> S'habiller Précisez : _____

4. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez remplir un formulaire d'autorisation, en annexe, afin que les accompagnateurs puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.



5. ALLERGIES

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison d'allergies?

Oui Non

Allergies : _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Municipalité des Cèdres à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

6. DÉPLACEMENT

Déplacement	Capacité à se déplacer seul
<i>L'enfant se déplace...</i>	<i>Est-ce que l'enfant peut?</i>
Seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Monter ou descendre un escalier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avec aide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Marcher dans le sable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avec marchette <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Marcher dans un boisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
En fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Se déplacer sur un terrain accidenté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres : _____	Autres : _____
	Précisez : _____
Capacité d'utiliser le transport ordinaire lors des sorties à l'extérieur du site :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui , précisez si des équipements spéciaux sont nécessaires ainsi que l'accompagnement requis : _____	
Si non , précisez si votre enfant sera présent aux sorties et qui assurera le transport (ex. : parents...) : _____	
IMPORTANT : Veuillez noter que la Municipalité des Cèdres n'offre aucun transport adapté. Il est de la responsabilité du parent d'organiser le transport adapté de son enfant.	



7. AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale, une blessure grave ou toutes autres conditions susceptibles d'avoir un impact sur sa participation au camp d'été.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, Date :	
Explication : _____ _____	

8. AUTORISATION DES PARENTS

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la Municipalité des Cèdres à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité des Cèdres le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom et prénom du parent ou tuteur

_____ / ____ / _____

Signature du parent ou tuteur

Date

9. ATTESTATION ET ENGAGEMENT

- J'ai pris connaissance de la politique de soutien à l'intégration des enfants vivants avec une déficience intellectuelle ou physique au programme de camp de jour et je m'engage à en respecter les dispositions
- J'atteste que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une fausse déclaration peut entraîner le rejet de la candidature.

_____ / ____ / _____

Signature du parent ou tuteur

Date



Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier

1. **Nom et prénom :** _____
2. **Adresse :** _____
3. **Numéro d'assurance-maladie :** _____
4. **Nom et prénom de la mère :** _____
5. **Nom et prénom du père :** _____
6. **Nom et prénom du tuteur s'il y a lieu :** _____

Je soussigné(e) : _____

En ma qualité de : _____
(lien avec l'enfant)

Autorise les institutions suivantes (la Municipalité des Cèdres, le SRSOR., Zone loisir Montérégie, l'intervenant scolaire et le CSSS Vaudreuil-Soulanges et autres organismes) à présenter aux responsables des institutions mentionnées ci-dessus les renseignements (fiche d'inscription et bilan de santé) pour la participation de _____ pour le programme d'accompagnement des enfants vivant avec une déficience intellectuelle et/ou physique de la Municipalité des Cèdres.

Ces fiches seront remises également à l'équipe d'accompagnateurs du programme d'accompagnement des enfants handicapés.

J'autorise la Municipalité des Cèdres à transmettre aux organismes ou aux institutions mentionnées ci-dessus les documents bilans hebdomadaires et le bilan de fin d'été.

Cette autorisation est valable pour la période estivale en cours.

Signataire : personne autorisée (mère, père, tuteur, curateur)

Date



RECOMMANDATION DU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Y a-t-il un protocole d'intervention prévu pour l'enfant ? Oui Non

(Le protocole doit être fourni si l'enfant est accepté au camp de jour.)

Si oui, dans quelle situation ? _____

Problèmes de santé particuliers

L'enfant présente des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur...

Si oui, nature des problèmes :

Incontinence Oui Non

Épilepsie Oui Non

Allergie sévère Oui Non

Laquelle : _____

Problème respiratoire Oui Non

Problème cardiaque Oui Non

Autres : _____

Troubles de comportement

L'enfant a des troubles de comportement...

Si oui, des troubles :

Agressivité envers lui-même

Agressivité envers les autres

Opposition occasionnelle

Opposition régulière

Problème de fugue

Impulsivité

Hyperactivité

Autres : _____

Ratio recommandé : 1/1 1/2 1/2 1/3 1/4

Autre ratio : critères à respecter pour le choix de l'accompagnateur du programme d'accompagnement des enfants handicapés- (ni nécessaire) _____

Groupe d'âge recommandé : 5-6 ans 7-9 ans 10-13 ans

Antécédent d'intégration (indiquez les occasions d'intégration passées – ex. : CPE, camps de jour) :

Intégration en milieu scolaire (accompagnement en classe, à la garderie scolaire, au dîner, classe spéciale, ratio, équipements spéciaux) :



Activités aquatiques (peur, autonomie, flotteurs spécialisés, surveillance ou aide requise) :

Autres renseignements pertinents

ATTESTATION DU PROFESSIONNEL

- J'atteste que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une fausse déclaration peut entraîner le rejet de la candidature.
- J'atteste que l'enfant a le potentiel d'intégration au camp de jour et que celui-ci sera bénéfique pour son développement.

Nom et prénom de l'intervenant: _____

Organisme: _____

Coordonnées: _____

_____ / ____ / _____

Signature de l'intervenant

Date



AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro d'assurance-maladie :

Date d'expiration :

PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent :

Tél. (résidence) :

Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament :

Raison de la prise du médicament :

Dose :

Fréquence :

Heures :

Forme : capsule, pilule liquide autre spécifiez :

Mon enfant prend son médicament : seul avec de l'aide

Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui non

Date du début de la prise du médicament :

Fin :

Le médicament sera remis à l'accompagnateur : chaque jour chaque semaine

Autres informations pertinentes :

J'autorise l'accompagnateur et la direction du camp de jour à distribuer les médicaments décrits ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature de la direction du camp de jour de la Municipalité des Cèdres : _____