



Demande d'admission au programme d'accompagnement spécialisé 2026

Informations personnelles

Informations de l'enfant		
Prénom :	Nom :	Année scolaire au 1 ^{er} janvier 2026 :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Adresse :		App. :
Ville :	Code postal :	
Informations du parent 1		
Prénom :	Nom :	
Tél. principal :	Tél. secondaire :	Courriel :
Informations du parent 2		
Prénom :	Nom :	
Tél. principal :	Tél. secondaire :	Courriel :

Inscription au camp de jour 2026

- Semaine 1 - 24 au 26 juin | 46 \$
- Semaine 2 – 29 juin au 3 juillet | 74 \$
- Semaine 3 – 6 au 10 juillet | 74 \$
- Semaine 4 – 13 au 17 juillet | 74 \$
- Semaine 5 – 20 au 24 juillet | 74 \$
- Semaine 6 – 27 au 31 juillet | 74 \$
- Semaine 7 – 3 au 7 août | 74 \$
- Semaine 8 – 10 au 14 août | 74 \$

Service de garde (inclus dans le prix)

- 7h à 9h
- 16h à 18h

Si la candidature de votre enfant est acceptée, vous devrez procéder à son inscription officielle, en ligne, au citoyen.lancienne-lorette.org, à compter du 7 avril 2026.



Participation antérieure au camp

Est-ce la première participation au camp de jour de L'Ancienne-Lorette pour votre enfant ?

Oui Non

A-t-il déjà eu les services d'un accompagnateur ou autre, pour participer?

Oui Non

Votre enfant a-t-il participé à un autre camp de jour? Si oui, précisez :

Nom du camp de jour :

Nombre de jours par semaine :

Nombre d'heures par jour :

Présentation générale de l'enfant

Veillez décrire, de façon générale, les raisons pour lesquelles votre enfant a besoin d'un accompagnement afin de participer au camp de jour. Les informations médicales ou diagnostics précis seront recueillis dans les pages suivantes ; il s'agit ici d'une présentation globale de votre enfant de ses besoins.



Informations médicales

Maladies, handicaps ou troubles

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies sévères et intolérances alimentaires | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires : | <input type="checkbox"/> Migraines ou céphalées chroniques |
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique : | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement : |
| <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale : | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) |
| <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel | <input type="checkbox"/> Handicap physique ou moteur |
| <input type="checkbox"/> Handicap visuel | <input type="checkbox"/> Handicap auditif |
| <input type="checkbox"/> Handicap neurologique (ex. paralysie cérébrale) | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) | |
| <input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du développement de la coordination (dyspraxie) | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | |

L'enfant utilise-t-il un ou des moyens pour compenser un handicap (prothèse, orthèse, fauteuil roulant, etc.) ? Si oui, spécifiez :

Des interventions particulières sont-elles requises de la part de l'accompagnateur, en lien avec les besoins mentionnés ci-haut? Si oui, spécifiez :



Allergies

- Noix Arachides Œufs Piqûres d'insectes Fruits de mer
 Médicament : Autre :

Décrivez les réactions allergies, s'il y a lieu :

Sécurité aquatique

Lors des activités aquatiques, votre enfant devra-t-il porter une veste de sauvetage?

- Oui Non **Si oui, les parents ont l'obligation de fournir la veste de sauvetage à leur enfant.**

Portrait de l'enfant

Communication

Langage utilisé

- Parlé Non verbal Gestuel Appareil de communication
 Autre :

L'utilisation de pictogrammes, tableau ou ordinateur est-elle recommandée?

- Oui Non

Si oui, veuillez détailler :

L'enfant est capable d'exprimer ses besoins :

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| Faim | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestuellement |
| Soif | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestuellement |
| Envie d'aller à la toilette | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestuellement |
| Douleur | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestuellement |
| Tristesse | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestuellement |
| Malaise | <input type="checkbox"/> Verbalement | <input type="checkbox"/> Gestuellement |



L'enfant est capable de dire :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Son nom | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Son adresse | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Son numéro de téléphone | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Porte-t-il un carton d'identification? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Compréhension

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| L'enfant se fait comprendre : | <input type="checkbox"/> Facilement | <input type="checkbox"/> Difficilement |
| L'enfant comprend : | <input type="checkbox"/> Facilement | <input type="checkbox"/> Difficilement |

Alimentation

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| L'enfant a besoin d'aide pour manger | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| L'enfant a besoin d'aide pour boire | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| L'enfant a une diète spéciale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |

Habillement

- | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|

Déplacements

- | | | | |
|---------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|
| 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 |
| Autre appareil : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas |



Motricité

L'enfant peut-il :

Marcher	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Courir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Grimper	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Glisser	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Se balancer sur une balançoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Lancer une balle	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Attraper un ballon	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Frapper un ballon avec son pied	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Jouer dans la piscine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Nager	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Utiliser pinceaux et crayons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non
Utiliser des ciseaux sécuritairement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Non

Soins personnel

L'enfant a-t-il besoin d'aide pour :

Ses soins personnels	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Non
Aller à la toilette	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Non
Incontinence	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Non
Autre(s) :			



Problèmes de comportement

L'enfant a-t-il :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Agressivité envers lui-même | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Agressivité envers les autres (morsures, coups, bousculade, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Opposition occasionnelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Opposition régulière | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Fugue | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| S'éloigne du groupe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autre(s) : | | |

Autonomie

L'enfant a-t-il besoin de :

- | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Rappel des consignes | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Stimulation à la participation | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide à l'orientation | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide pour chercher du matériel, de la nourriture | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide au transfert | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide pour repérer ses effets personnels | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide pour reconnaître les personnes significatives | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide pour reconnaître les dangers familiers | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide pour traverser la rue | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Non |

Autre(s) :



Socialisation

L'enfant peut-il :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Se mêler à un nouveau groupe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Se faire des amis | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Respecter ses amis | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non |
| Respecter les effets personnels de ses amis | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non |

Activités et intérêts

Activités préférées :

Activités moins aimées :

Intérêts principaux :



Ressources externes

Intervenant scolaire

Prénom et nom :

Titre :

École :

Intervenant (autre que scolaire, tel que CRDI)

Prénom et nom :

Titre :

Signature

Prénom et nom du parent :

Signature du parent :

Date :