

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ

CAMP DE JOUR – VILLE DE BAIE-COMEAU

Si un enfant vit avec une déficience ou une tout autre limitation rendant ses intégrations à des activités de groupe plus difficiles (déficience intellectuelle, déficience physique, trouble du spectre de l'autisme, trouble de langage, TDA/H, etc.), il est possible de faire une demande pour l'intégrer au camp de jour.

En fait, l'enfant sera intégré à la programmation régulière du camp de jour municipal et profitera de la présence d'un accompagnateur qui lui permettra, par le fait même de participer aux activités organisées, lui donnant la chance de vivre des expériences enrichissantes. Les jeux et activités peuvent ainsi être adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant.

La Ville de Baie-Comeau travaille en collaboration avec des partenaires du milieu afin d'offrir un service de qualité, adéquat et personnalisé pour chaque enfant :

- CISSS de la Côte-Nord
- [Panda Manicouagan](#)
- [Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées de la Côte-Nord](#)

IMPORTANT

- Le fait de remplir la présente demande pour obtenir de l'accompagnement **ne constitue pas une inscription officielle au camp de jour**. L'inscription de l'enfant doit être faite durant la période d'inscription prévue.
- Le formulaire de demande d'accompagnement permet d'évaluer les besoins en accompagnement pour la saison à venir. Les demandeurs seront contactés afin de permettre au responsable de l'accompagnement d'en savoir plus sur les besoins de l'enfant.
- Les enfants inscrits doivent préalablement avoir un minimum de capacités à intégrer un groupe et faire preuve d'autonomie.

Ce service vous intéresse?

Vous devez compléter le formulaire ci-joint et le retourner **au plus tard le 10 mai** via les coordonnées suivantes :

Marc Boulay

marc.boulay.09ciyss@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 418 589-6227

1250, rue Le Strat

Baie-Comeau (Québec) G5C 1T8

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant :			
Date de naissance :		Sexe :	
Nom du tuteur 1 :			
Nom du tuteur 2 :			
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Téléphone :	(rés.)	(bur.)	(cell.)
Courriel :			

HANDICAP/LIMITATION DE L'ENFANT (DIAGNOSTIC) :

--

RECEVEZ-VOUS PRÉSENTEMENT LE SUPPORT D'UN ÉTABLISSEMENT OU D'UN ORGANISME (CISSS, CPRCN, ACTION AUTISME, PANDA MANICOUAGAN, ETC.)? SI OUI, PRÉCISEZ.

--

NOMS DES INTERVENANTS DE CES INSTITUTIONS OU AUTRES (EX. MILIEU SCOLAIRE) TRAVAILLANT AUPRÈS DE VOTRE ENFANT, S'IL Y A LIEU.

--

NOUS PERMETTEZ-VOUS DE COMMUNIQUER AVEC EUX, AU BESOIN?

- Oui
 Non

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT POUVANT ÊTRE UTILE :

--

JE DÉSIRE QUE L'ENFANT FRÉQUENTE LE CAMP DE JOUR :

- À temps plein
 À temps partiel

Les enfants dont les tuteurs auront dûment rempli ce formulaire auront priorité quant à la possibilité de bénéficier d'un accompagnement pour le camp de jour (les places disponibles sont limitées). Tous les renseignements que vous nous fournirez seront traités de façon confidentielle.

Signature : _____

Date : _____