**PLAN D’INTÉGRATION ET D’INCLUSION**

**Camp de jour unifié de la Contrée**

**Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Accommodements retenus | |
| L’enfant sera intégré au modèle de camp | Fixe  Nomade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Municipalité |
| L’enfant sera intégré au groupe d’âge | 5-7 ans  8-10 ans  11-12 ans  Nom de l’animateur (trice) du groupe  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Horaire d’inclusion | Précisez : |
| Personnel supplémentaire requis   Ratio d’intervention | 1/1  1/2  1/3  Nom de l’accompagnateur (trice)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Utilisation de matériel spécifique |  |
| Modalité de transport |  |

**Interventions requises**

Nommer les interventions requises pour aider l’enfant dans les différentes sphères de besoins

|  |  |
| --- | --- |
| Sphères | Interventions |
| Autonomie |  |
| Participation aux activités |  |
| Communication |  |
| Déplacement |  |
| Comportement |  |
| Relation sociale |  |
| Soins de santé |  |

**Engagement**

Je reconnais que comme titulaire de l’autorité parentale je m’engage à :

* Collaborer avec l’équipe du camp afin de trouver des moyens d’adaptation nécessaires pour l’enfant ;
* Transmettre toutes les informations nécessaires au bon soins de mon enfant ;
* Être facilement joignable durant les journées de fréquentation de mon enfant au camp ;
* Communiquer quotidiennement.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable de l’autorité parentale Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable du camp de jour Date