

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	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Nomade _____ Municipalité
L'enfant sera intégré au groupe d'âge	<input type="checkbox"/> 5-7 ans <input type="checkbox"/> 8-10 ans <input type="checkbox"/> 11-12 ans Nom de l'animateur (trice) du groupe _____
Horaire d'inclusion	Précisez :
Personnel supplémentaire requis Ratio d'intervention	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 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