

# Bécancour

## DEMANDE DE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT AU CAMP DE JOUR ÉTÉ 2026

Le présent formulaire a pour but d'identifier et d'évaluer les besoins de votre enfant afin de faciliter sa participation au camp de jour et ainsi s'assurer d'avoir tout le soutien nécessaire pour faciliter son intégration sur le site d'animation.

À la suite du dépôt de la demande, une analyse sera réalisée afin de bien cibler les besoins de votre enfant et de lui offrir la meilleure offre de service.

Vous devez retourner ce formulaire complété avant le vendredi 27 février 2026.

Le parent ou le tuteur recevra un suivi de sa demande au plus tard le 17 avril 2026.

D'ici cette date, le parent ou le tuteur de l'enfant doit obligatoirement procéder à l'inscription de l'enfant au camp de jour via le site internet de la Ville de Bécancour. La période d'inscription débutera le mardi 10 mars à 18 h 30.

Le fait de compléter cette demande ne garantit pas automatiquement l'accès au programme d'intégration.

Il est important de préciser que le parent ou le tuteur de l'enfant doit procéder à l'inscription de l'enfant au camp de jour via le site internet de la Ville de Bécancour.

<b>Identification de l'enfant</b>	
Prénom :	Nom de famille:
Date de naissance :	Année scolaire en cours :
École fréquentée :	

<b>Identification du parent / tuteur</b>	
Parent <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Prénom :	Nom de famille:
Adresse :	
Téléphone maison :	Téléphone au travail :
Cellulaire :	
Adresse courriel :	

# Bécancour

Diagnostic et besoins particuliers connus			
<input type="checkbox"/>	Retard global de développement/déficience intellectuelle	Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Trouble du spectre de l'autisme (TSA/ ou hypothèse de TSA)	Précisez :	
<input type="checkbox"/>	Trouble déficitaire de l'attention (TDAT/DAH)	Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité <input type="checkbox"/>	Précisez :
<input type="checkbox"/>	Autre (s)	Précisez :	

	Éléments à surveiller	Précision si nécessaire
Comportement	<input type="checkbox"/> Agressivité	
	<input type="checkbox"/> Anxiété	
	<input type="checkbox"/> Automutilation	
	<input type="checkbox"/> Situation de désorganisation (crise)	
	<input type="checkbox"/> Conscience du danger	
	<input type="checkbox"/> Fugues	
	<input type="checkbox"/> Manies ou habitudes particulières	
	<input type="checkbox"/> Phobies	
	<input type="checkbox"/> Adaptation aux changements	
	<input type="checkbox"/> Opposition de l'autorité	
	<input type="checkbox"/> Relations sociales difficiles ou maladroites	
	<input type="checkbox"/> Participation difficile aux activités	
	<input type="checkbox"/> Isolement	
	<input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement	
	<input type="checkbox"/> TOC	
Communication	<input type="checkbox"/> Autres : précisez	
	<input type="checkbox"/> Expression des sentiments/ressentis	
	<input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer	
	<input type="checkbox"/> Difficultés à comprendre	
	<input type="checkbox"/> Surdité partielle ou	
	<input type="checkbox"/> Capacité visuelle réduite	
	<input type="checkbox"/> Port de lunettes	
Mobilité	<input type="checkbox"/> Autres : précisez	
	<input type="checkbox"/> Motricité fine	
	<input type="checkbox"/> Motricité globale	
	<input type="checkbox"/> Déplacements avec un équipement spécialisé	
	<input type="checkbox"/> Nager	
	<input type="checkbox"/> Autres : précisez	

# Bécancour

**Situation de santé :**

Votre enfant présente des problématiques de santé (ex. asthme, constipation, maux de tête. etc.)

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.

**Allergies, intolérances et restrictions alimentaires**

Allergies et/ou intolérances? Oui  Non

(Alimentaires, animaux, insectes, médicaments, autres)

Précisez :

**Signes ou symptômes à surveiller :**

Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui  Non

# Bécancour

Autonomie dans la vie quotidienne				
Au quotidien	Aide constante	Aide occasionnelle	Aide verbale	Autonome
Habillement (se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (aide à la propreté / utilisation des toilettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : précisez				

Accompagnement	
Dans quel contexte votre enfant a besoin d'un accompagnateur	
En classe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	
Dans le cours d'éducation physique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	
Au service de garde	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	

Veuillez retourner ce document à l'adresse suivante avant le 27 février 2026:  
[mgladu@ville.becancour.qc.ca](mailto:mgladu@ville.becancour.qc.ca)