

## FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS

VEUILLEZ, SVP, REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT

*LES INFORMATIONS DE CE FORMULAIRE RESTERONT CONFIDENTIELLES ET NOUS PERMETTRONT D'ASSURER UNE EXPÉRIENCE OPTIMALE À VOTRE ENFANT AU SEIN DE NOTRE CAMP DE JOUR. SEULES LES INFORMATIONS PERTINENTES ET NÉCESSAIRES SERONT DIVULGUÉES À SON ANIMATEUR AINSI QUE SON SUPÉRIEUR IMMÉDIAT AFIN DE PERMETTRE UN SUIVI EFFICACE ET DE MEILLEURES INTERVENTIONS.*

*\*VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE CERTAINS VOLETS SONT FACULTATIFS. CEPENDANT, PLUS LA FICHE EST COMPLÈTE, PLUS NOUS SERONS EN MESURE D'ADAPTER NOTRE SERVICE. \**

### VOLET 1 : IDENTIFICATION DE L'ENFANT

|                     |  |
|---------------------|--|
| Prénom :            |  |
| Nom de famille :    |  |
| Sexe :              |  |
| Date de naissance : |  |

Initiale du parent confirmant la lecture du volet précédent :

### VOLET 2 : DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS (FACULTATIF\*)

| COCHEZ CE QUI EST APPLICABLE :                       |  |
|--|--|
| Déficiance motrice : <input type="checkbox"/>        | Précisez :   |
| Déficiance visuelle : <input type="checkbox"/>       | Précisez :   |
| Déficiance auditive : <input type="checkbox"/>       | Précisez :   |
| Déficiance intellectuelle : <input type="checkbox"/> | Légère <input type="checkbox"/><br>Moyenne <input type="checkbox"/><br>Sévère <input type="checkbox"/><br>Précisez : |

|   |   |
|---|---|
| <b>Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) :</b> <input type="checkbox"/> | Avec hyperactivité <input type="checkbox"/><br>Sans hyperactivité <input type="checkbox"/><br>Précisez :  |
| <b>Trouble du spectre de l'autisme (TSA) :</b> <input type="checkbox"/>         | Précisez :  |
| <b>Trouble langage-parole :</b> <input type="checkbox"/>                        | Expression <input type="checkbox"/><br>Compréhension <input type="checkbox"/><br>Mixte <input type="checkbox"/><br>Précisez :   |
| <b>Santé mentale :</b> <input type="checkbox"/>                                 | Anxiété <input type="checkbox"/><br>Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/><br>TOC <input type="checkbox"/><br>Dépression <input type="checkbox"/><br>Autres <input type="checkbox"/><br>Précisez : |
| <b>Épilepsie :</b> <input type="checkbox"/>                                     | Précisez :  |
| <b>Diabète :</b> <input type="checkbox"/>                                       | Précisez :  |
| <b>Autre(s) :</b> <input type="checkbox"/>                                      | Précisez :  |

**Initiale du parent confirmant la lecture du volet précédent :**

### VOLET 3 : ACCOMPAGNEMENT

*Votre enfant est-il accompagné durant l'année scolaire :*

Oui

Non

Précisions : \_\_\_\_\_

*Quel est le ratio d'encadrement qui lui convient le mieux :*

1/1

1/2

1/3

Autre :

Précisions : \_\_\_\_\_

Initiale du parent confirmant la lecture du volet précédent :

## VOLET 4 : COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

**COCHEZ UNIQUEMENT LES COMPORTEMENTS QUI SONT APPLICABLES :**

A-t-il tendance à faire des crises?

Jamais

Parfois

Souvent

S'il en fait parfois ou souvent :

Quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, agressivité, etc.)?

Précisez :

---

---

---

Quelles sont les interventions efficaces à prioriser pendant ces épisodes de crises?

Précisez :

---

---

---

---

---

A-t-il des phobies et/ou peurs?

Oui

Non

Si oui : Lesquelles, et quelles interventions prioriser à ce sujet?

Précisez :

---

---

---

---

---

Comportements :

Agressivité envers lui-même (par exemple : se frapper, se faire mal)

Contexte dans lequel ce comportement est susceptible de se produire :

---

---

---

Méthode d'intervention suggérée/à prioriser :

---

---

---

**Agressivité envers les autres (par exemple : crier envers les autres, bousculer les autres, frapper les autres)**

Contexte dans lequel ce comportement est susceptible de se produire :

---

---

---

Méthode d'intervention suggérée/à prioriser :

---

---

---

**Anxiété (impression de danger, réaction exagérée, détresse, l'enfant évite certaines situations)**

Contexte dans lequel ce comportement est susceptible de se produire :

---

---

---

Méthode d'intervention suggérée/à prioriser :

---

---

---

**Fugues (l'enfant a tendance à quitter le groupe sans prévenir/courir loin de son groupe ou de son**

**animateur/accompagnateur)**

Contexte dans lequel ce comportement est susceptible de se produire :

---

---

---

Méthode d'intervention suggérée/à prioriser :

---

---

---

**Stéréotypie (attitudes, gestes, actes ou paroles sans signification apparente reproduits inlassablement au point parfois d'entraîner des lésions. Exemple : se cogner la tête, succion du pouce, hochement de tête régulier et rythmique, etc.)**

Contexte dans lequel ce comportement est susceptible de se produire :

---

---

---

Méthode d'intervention suggérée/à prioriser :

---

---

---

**Autres (précisez) :**

---

---

---

Contexte dans lequel le comportement est susceptible de se produire :

---

---

---

Méthode d'intervention suggérée/à prioriser :

---

---

---

|  |  |
|--|--|
| <p>Centres d'intérêts, passe-temps, loisirs, forces (dans quel(s) domaine(s) votre enfant est doué? :</p>  | <p>Précisez :<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p>  |
| <p>Relation avec les autres : Comment interagit-il avec :</p>  | <p>Ses pairs :<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p> <p>Les détenteurs d'autorité :<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p> <p>Les nouvelles personnes :<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p> |
| <p>Autres renseignements pertinents nous permettant d'adapter nos interventions et nos services afin de faciliter une meilleure participation de l'enfant (ex : périodes de repos, horaire imagé, etc.)</p> <p>*Nommez ce qui fonctionne bien à la maison, à l'école, etc.</p> | <p>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____<br/>_____</p>   |

Initiale du parent confirmant la lecture du volet précédent :

---

## VOLET 5 : DEGRÉ D'AUTONOMIE

### **LÉGENDE :**

**Aide constante** : L'enfant a besoin d'une aide et d'un soutien en tout temps.

**Aide occasionnelle** : L'enfant a besoin d'une aide et d'un soutien à l'occasion, selon la situation.

**Autonome** : L'enfant est autonome et ne nécessite aucune aide.

**COCHEZ CE QUI EST APPLICABLE :****Communication :****Communication avec les autres :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

**Compréhension des consignes :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

**Se faire comprendre :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

**Aides à la communication utilisées :**

- Pictogrammes
- Tableau
- Ordinateur
- Langue des signes du Québec (LSQ)
- Gestes
- Mains animées
- Autres :

---

---

---

**Participation aux activités :****Stimulation à la participation :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

**Interaction avec les adultes :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

**Interaction avec les autres enfants :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

**Fonctionnement en groupe :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.) :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Activités de motricité globale (sports, ballon, etc.) :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Vie quotidienne :**

**Habillement (se vêtir, attacher ses souliers) :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---



## Hygiène personnelle

### Utilisation des toilettes :

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide constante ou occasionnelle, précisez :

---

---

---

### Lavage des mains :

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide constante ou occasionnelle, précisez :

---

---

---

### Autre(s) (porte des couches, etc.):

Précisez :

---

---

---

## Alimentation :

### Se nourrir :

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide constante ou occasionnelle, précisez :

---

---

---

### Niveau d'appétit :

- Bon
- Moyen
- Faible

Si aide constante ou occasionnelle, précisez :

---

---

---

*Autre(s) (gavage, restrictions alimentaires, diète particulière, etc.) :*

Précisez :

---

---

---

**Gérer ses effets personnels (boîte à lunch, sac à dos, etc.) :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Rester avec le groupe :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Conscience du danger (Connaissance intuitive ou réflexive immédiate lorsqu'un danger se présente. Exemple : utilisation adéquate de ciseaux, regarder des deux côtés de la rue avant de traverser, etc.)**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Si parfois ou jamais, précisez/ donnez des exemples :

---

---

---

**Déplacements :**

**Courts déplacements (déplacement entre les stations de jeux, à la salle de bain, sur le terrain du camp de jour, etc.) :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Longues distances (se rendre au parc, aller prendre une marche, etc.) :**

- Aide constante
- Aide occasionnelle
- Autonome

Si aide occasionnelle ou constante, précisez :

---

---

---

**Méthode de déplacement :**

- Marche
- Fauteuil manuel
- Fauteuil motorisé
- Poussette adaptée
- Canne(s)/béquilles :
- Déambulateur :
- Canne blanche :
- Chien guide :
- Autre (précisez) :

---

---

---

**Méthode de transfert :**

L'enfant a besoin de soutien :

Oui

Non

Si oui, de quelle façon? Précisez :

---

---

---

**Autre(s) :**

Orthèses tibiales

Orthèses poignets

Corset

Autre (précisez) :

---

---

---

Initiale du parent confirmant la lecture du volet précédent :

---

### AUTORISATION DES PARENTS :

#### AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS :

1. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec mon (mes) intervenant(e)s du CLSC ou des services de réadaptation du Centre intégré de santé et des services sociaux de mon secteur pour les questions entourant l'intégration de mon enfant au camp de jour :

Oui

Non

Ne s'applique pas

Nom(s) des intervenant(e)s : \_\_\_\_\_

# de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

2. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant l'intégration de mon enfant au camp de jour :

Oui

Non

Ne s'applique pas

École : \_\_\_\_\_

Noms des personnes à contacter : \_\_\_\_\_

# de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Par la présente, je confirme avoir lu l'entièreté de la fiche d'évaluation des besoins et m'engage à :

- Transmettre toute information concernant des modifications de l'état de santé de mon enfant, s'il y a lieu, avant le début du camp de jour et pendant toute la période du camp de jour.
- À collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer afin de faire un suivi régulier, au besoin.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date de la signature : \_\_\_\_\_