



# FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

## Programme d'accompagnement du camp de jour

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie!

Dans le cas où votre enfant fréquenterait le camp de jour de la Ville de Candiac, seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Il est à noter que cette fiche n'est pas une fiche d'inscription, donc ne constitue pas l'inscription officielle de votre enfant.

**Remplissez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire avant le 23 février 2025 en cliquant sur l'encadré ci-haut.**

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :	Nom de famille :
Adresse :	
Date de naissance :	Âge au <u>30 septembre 2024</u> :
Nom du parent :	Numéro de téléphone :
Courriel :	Numéro de carte du citoyen de l'enfant :

### 2. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

#### Camp de jour

Votre enfant est-il à sa première année de camp de jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il fréquenté le camp de jour de la Ville de Candiac l'an dernier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, bénéficiait-il d'un accompagnement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels :	

#### Année scolaire

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier à l'école?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type de suivi a-t-il? (Ex. : orthopédagogue, orthophoniste, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée, etc.)	
Est-ce que votre enfant est dans une classe spécialisée durant l'année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur en tout temps durant l'année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type d'accompagnement a-t-il?	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3

### 3. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic?  Non  Oui

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic?  Non  Oui

### 4. RESSOURCE DE L'ENFANT

Est-ce que votre enfant bénéficie des services d'un intervenant spécialisé? (ex. psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)  Oui  Non

Nom de l'organisme :  
(ex. : CCSDGS ou CISSMO)

Prénom et nom de l'intervenant :

Téléphone :

Cellulaire :

Autorisez-vous la Ville de Candiac d'entrer en contact avec l'intervenant mentionné ci-dessus à des fins de consultation pour l'intégration de votre enfant?

Oui  Non

**Il serait apprécié que l'intervenant complète l'annexe *Recommandation d'un intervenant* disponible à la fin de ce document.**

### 5. DIAGNOSTIC, BESOINS PARTICULIERS ET ÉTAT DE SANTÉ

**Cochez ce qui est applicable et apportez des précisions au diagnostic s'il y a lieu.**

DIAGNOSTIC	NATURE DES LIMITATIONS	PRÉCISIONS S'IL Y A LIEU
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> TED <input type="checkbox"/> Autisme	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice, visuelle ou auditive	<input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive	
<input type="checkbox"/> Trouble du langage-parole	<input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité	
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Passivité	
<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Épilepsie		
<input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) :		

## 6. ATTITUDE ET COMPORTEMENTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportements	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, pictogramme, etc.)	Quelle est la fréquence de ce comportement? (Fréquemment, occasionnelle, rarement)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Anxiété			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Automutilation			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Difficulté avec les transitions d'activités			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Difficulté à déroger de ses routines habituelles			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer les situations imprévues			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Fugues			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières (acceptées ou pas)			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Inconfort tactique (n'aime pas être touché)			Fréquemment    Occasionnelle Rarement
<input type="checkbox"/> Tendance à faire des crises			Fréquemment    Occasionnelle Rarement

## 7. DEGRÉ D'AUTONOMIE

Cochez le degré d'autonomie qui s'applique.		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aides à la communication utilisées : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Au niveau de la psychomotricité, l'enfant peut :</b> <input type="checkbox"/> Attraper un ballon <input type="checkbox"/> Courir pendant une certaine période <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux d'équipe Informations supplémentaires concernant la psychomotricité :  <b>Au niveau de la sensibilité aux stimuli extérieurs, l'enfant peut :</b> <input type="checkbox"/> Être dans la foule <input type="checkbox"/> Participer à une activité où il y a beaucoup de bruit <input type="checkbox"/> Participer à une activité ayant des effets surprises (jeu pouvant occasionner un sursaut)				
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Précisez : (ex.: cathéter, couches, etc.)				
	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels (ex.: boîte à lunch, sac à dos)	<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"/>	
Déplacement	L'enfant a-t-il besoin d'un <b>équipement spécialisé</b> pour effectuer <b>de courts déplacements sur le site du camp</b> ? (ex. : fauteuil roulant, marchette, etc.)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Si oui, lequel?				
	L'enfant a-t-il besoin d'un <b>équipement spécialisé</b> pour effectuer <b>de longues distances ou à l'extérieur du site du camp</b> ? (ex. : parc municipal ou sortie en autobus)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel?					
<b>Méthodes de transfert (si besoin) :</b> <input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau Autre : <b>Autres :</b> <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset    Autre :					

## 8. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau :	
<input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager
<input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde	<input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons
<input type="checkbox"/> Nage seul en VFI	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement	
<input type="checkbox"/> A-t-il suivi un cours de natation?	Dernier niveau complété :

*Note : si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp de jour pour le port du VFI (veste de flottaison individuelle).*

## 9. FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Quelles sont ses forces?
Quels sont ses centres d'intérêt, passe-temps et loisirs?

## 10. RELATION AVEC LES AUTRES

Comment interagit-il avec :

Ses pairs?	
Les détenteurs d'autorité?	
Les nouvelles personnes?	

## 11. PARTICIPATION

Quels sont les meilleurs moyens ou mesures pour faciliter sa <b>participation</b> ?
Quels sont les meilleurs moyens ou outils pour faciliter son <b>autonomie</b> ?
Quels éléments pourraient nuire ou limiter la participation de votre enfant à une journée régulière de camp de jour ?
L'enfant participe-t-il à des <b>activités de loisir</b> pendant la période de septembre à mai? Si oui, lesquelles et bénéficie-t-il un accompagnateur?

## HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

---

**Cochez les semaines auxquelles vous souhaiteriez inscrire votre enfant au camp de jour.**

*Ceci n'est pas une inscription, les informations servent uniquement à des fins de prévision pour l'administration.  
En fonction des ressources disponibles, il est possible qu'un nombre de semaines maximum par participant soit établi.*

<b>Pré-camp (inscription à la journée)</b>	
Mercredi, 25 juin	<input type="checkbox"/>
Jeudi, 26 juin	<input type="checkbox"/>
Vendredi, 27 juin	<input type="checkbox"/>

<b>Semaines du camp (inscription à la semaine)</b>	
Semaine 1 : 30 juin au 4 juillet <b>(fermé le mardi 1<sup>er</sup> juillet)</b>	
Semaine 2 : 7 au 11 juillet	
Semaine 3 : 14 au 18 juillet	
Semaine 4 : 21 au 26 juillet	
Semaine 5 : 28 juillet au 2 août	
Semaine 6 : 4 au 8 août	
Semaine 7 : 11 au 15 août	
Semaine 8 : 18 au 22 août	

<b>Période d'arrivée et de départ</b>	
Heure d'arrivée prévue (entre 7 h et 9 h)	
Heure de départ prévue (entre 16 h et 18 h)	

*Les périodes d'arrivée et de départ sont incluses à l'inscription au camp.*

## SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT

---

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE

### RECOMMANDATION D'UN INTERVENANT

L'expertise d'un intervenant qui connaît le dossier de l'enfant facilitera l'analyse de la présente fiche d'évaluation des besoins et permettra d'établir des stratégies d'intégration adaptées à l'enfant.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
<b>Nom, prénom :</b>	

CAPACITÉ DE L'ENFANT À PARTICIPER À UNE JOURNÉE TYPE DE CAMP DE JOUR				
ACTIVITÉS	CAPACITÉ DE L'ENFANT À PARTICIPER À L'ACTIVITÉ			OUTILS / INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER
	Avec facilité	Avec difficulté	Aucune	
<p style="text-align: center;"><b>Rassemblement</b></p> (grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)				
<p style="text-align: center;"><b>Déplacements</b></p> (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)				
<p style="text-align: center;"><b>Communications</b></p> (expression de ses besoins et de ses émotions, gestion de relations avec les pairs et les adultes, communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes)				
<p style="text-align: center;"><b>Jeux structurés</b></p> (compréhension des règles du jeu / respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l'âge)				
<p style="text-align: center;"><b>Jeux sportifs</b></p> (gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)				
<p style="text-align: center;"><b>Bricolages</b></p> (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)				
<p style="text-align: center;"><b>Repas</b></p> (demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)				
<p style="text-align: center;"><b>Piscine</b></p> (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels)				
<p style="text-align: center;"><b>Sorties</b></p> (prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)				
<p style="text-align: center;"><b>Quotidien au camp de jour</b></p> (bouleversement à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants)				

**DANS LE CAS D'UNE DÉSORGANISATION**

<b>Comportements observables</b> (fréquence, intensité, durée)	<b>Interventions à privilégier</b>

**ACCOMMODEMENTS À METTRE EN PLACE**

**Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en place pour faciliter l'intégration de l'enfant au camp de jour ?**  
(ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel, etc.)

--

**RECOMMANDATIONS POUR LES SERVICES ESTIVAUX**

<b>1. Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :</b> (si oui, passez à la question 4)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>2. L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :</b>	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3
<b>3. L'accompagnement idéal serait réalisé par :</b>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Sans importance
<b>4. L'enfant peut intégrer un groupe de :</b>	<input type="checkbox"/> Son âge <input type="checkbox"/> Plus jeune <input type="checkbox"/> Plus vieux

**IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT**

<b>Nom</b>	
<b>Organisation</b>	<b>Téléphone</b> (incluant le numéro du poste)
<b>Titre</b>	<b>Courriel</b>
<b>Signature</b>	<b>Date</b> (aaaa/mm/jj)