



Fiche d'évaluation des besoins pour le programme d'accompagnement Camp de Jour

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

Dans le cas que votre enfant fréquente 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.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété

Avant le vendredi 2 mars 2018 via l'adresse courriel suivante : campdejour@ville.candiac.qc.ca.

1. IDENTIFICATION

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Âge le 25 juin 2018:	

1.1 IDENTIFICATION DU PARENT

Nom :		Téléphone :	
Adresse :		Courriel :	

2. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant est-il à sa première année de camp de jour ? Oui Non

A-t-il fréquenté le camp de jour de la Ville de Candiac l'an dernier : Oui Non

Bénéficiait-il d'un accompagnement : Oui Non

3. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/ TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	précisez :

4. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui Non
 Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année ? Oui Non
 Si oui, quel type d'accompagnement a-t'il ?
 1/1 1/2 1/3
 Autre : expliquez : _____

5. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/>
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

6 MÉDICATION

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui Non Si oui, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____
 _____ Prescrit(s) pour : _____

7. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	

<input type="checkbox"/> Incontinence	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
<input type="checkbox"/> Somnambulisme	
A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date :	Raison :
Effets :	
A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

8. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)	Ce comportement arrive à quelle fréquence ? (Fréquemment, occasionnel, rarement)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même			
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres			
<input type="checkbox"/> Anxiété			
<input type="checkbox"/> Automutilation			
<input type="checkbox"/> Fugues			
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)			
<input type="checkbox"/> Inconfort tactique (n'aime pas être touché)			
<input type="checkbox"/> Difficulté avec les transitions d'activités			
<input type="checkbox"/> Difficulté à déroger de ses routines habituelles			

<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer les situations imprévues			
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)			
A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?	
A-t-il des phobies et/ou peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)		
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?			
Quels sont les meilleurs moyens pour	faciliter sa participation ?		faciliter son autonomie ?
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :			
Ses pairs			
Les détenteurs d'autorité			
Les nouvelles personnes			

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.)_

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos, etc.) :_

Est-ce qu'il y aurait une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de votre enfant à une journée régulière de camp de jour ? (Par exemple une sortie, baignade), si oui précisez : _

9. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

10. DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Interaction avec les autres enfants				
	Fonctionnement en groupe				
	Activité de motricité fine l'enfant peut :(bricolage, manipulations, insertions, etc.) Au niveau de la psychomotricité l'enfant peut : <input type="checkbox"/> Attraper un ballon <input type="checkbox"/> Courir pendant une certaine période <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux d'équipes Information supplémentaires concernant la psychomotricité : _____				
	Au niveau de la sensibilité aux stimuli extérieur, l'enfant peut : <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 surprise (jeux pouvant occasionner un sursaut) Information supplémentaires concernant la psychomotricité : _____				
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Hygiène personnelle				
	Précisez (cathéter, couches, etc.):				
	Alimentation				
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
	Rester avec le groupe				
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				

Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie)				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
En sortie / longues distances ?					
<input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :					
Méthode de transfert <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 <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) : _____			Autres <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		

11. SERVICES ACTUELS – SANTÉ ET RÉADAPTATION

<input type="checkbox"/> SRSOR	<input type="checkbox"/> Centre Jeunesse
<input type="checkbox"/> CRDI	<input type="checkbox"/> Autre – spécifiez :
Intervenant à contacter pendant la période estivale :	
Coordonnées	
Autres ressources, si besoin :	

Signature et autorisation du parent :

_____	_____
Signature	Date