



FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT pour le programme d'accompagnement du 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 28 février 2020 via l'adresse courriel suivante : campdejour@ville.candiac.qc.ca.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Âge le 22 juin 2020:	

1.1 IDENTIFICATION DU PARENT

Nom, prénom :		Téléphone :	
Adresse (ville) :		Courriel :	

2. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

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

3. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez le(s) diagnostic(s) ou besoin(s) particulier(s) applicable(s) à votre enfant.

<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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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 : orthopédaque, orthophoniste, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisé, etc. _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3
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 durant l'année ? <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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3

5. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

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 la ou les situation(s) de santé qui s'applique à votre enfant :

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 Non
 Date : _____ Raison : _____
 Effets : _____

A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui Non
 Maladies chroniques ou récurrentes? Oui Non
 Vue : Excellente Suffisante Faible
 Lunettes / verres de contact Cécité Guide-accompagnateur Canne blanche
 Audition : Excellente Suffisante Faible
 Appareils auditifs (deux oreilles) Oreille droite uniquement 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.)	Quelle est la fréquence de ce comportement? (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"/> Difficulté avec les transitions d'activité			
<input type="checkbox"/> Difficulté à déroger de ses routines habituelles			
<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer les situations imprévues			
<input type="checkbox"/> Fugues			

<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières (accepter ou pas)			
<input type="checkbox"/> Inconfort tactique (n'aime pas être touché)			
A-t-il tendance à faire des crises? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?			
Quels sont les meilleurs moyens :	pour faciliter sa participation ?		pour 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"/> Besoin d'accompagnement
<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 avec VFI	* 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

Cochez le degré d'autonomie qui s'applique.

		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 extérieurs, 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 (jeu pouvant occasionner un sursaut) Information supplémentaires : _____					
Vie quotidienne	Habillage (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	Sur le site du camp /courts déplacements ?	En sortie / longues distances ?
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé <input type="checkbox"/> Canne (s) / béquilles <input type="checkbox"/> Poussette adaptée <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autonome (marche)	<input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :
Méthode de transfert (si besoin): <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 – précisez :
Intervenant à contacter pendant la période estivale :	
Coordonnées :	
Autres ressources, si besoin :	

12. HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMPS DE JOUR

Cochez les semaines que 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.

Semaines	Camp régulier (9 h à 16 h)	Service de garde (7 h à 9 h et 16 h à 18 h)
Semaine 1 : 22 au 26 juin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 29 juin au 3 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 6 au 10 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 13 au 17 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 5 : 20 au 24 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 6 : 27 au 31 juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 7 : 3 au 7 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 8 : 10 au 14 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 9 : 17 au 21 août	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT :

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

Nom, prénom

Signature

Date