



Fiche d'évaluation des besoins Camp de jour de Nouvelle – 2024



Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant. Notre camp souhaite intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations au sujet de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie. Ces informations demeureront **confidentielles**. Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et à son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions. Merci de compléter cette fiche d'évaluation des besoins.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Nom :	
----------	--	-------	--

2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic? (trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel(s) :		

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 :

3. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

4. 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.)
<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"/> 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.)	

<p>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"/></p>	<p>S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?</p>	
<p>Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?</p>	
<p>Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :</p>	
<p>Ses pairs</p>	
<p>Les détenteurs d'autorité</p>	
<p>Les nouvelles personnes</p>	

5. 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 (bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
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) : _____		

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.) : _____

Afin de compléter l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de jour de Nouvelle à contacter les intervenants suivants :			
Organisme (CISSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

J'atteste que toutes les informations présentes dans ce formulaire sont véridiques.

Nom du parent ou tuteur (En lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature