



Fiche d'évaluation des besoins Camp de jour de Nouvelle – 2025



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 ☐ Non ☐	
Si oui, lequel(s) :	

Cochez ce qui est applicable :

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

3. ACCOMPAGNEMENT

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

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.)
☐ Agressivité envers lui-même		
☐ Agressivité envers les autres		
☐ Anxiété		
☐ Automutilation		
☐ Fugues		
☐ Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
☐ Autres (précisez)		
A-t-il tendance à faire des crises? Oui ☐ 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 ? Oui ☐ 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? Oui ☐ Non ☐	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui ☐ Non ☐
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?	
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?	
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :	
Ses pairs	
Les détenteurs d'autorité	
Les nouvelles personnes	

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 : ☐ Pictogrammes ☐ Tableau ☐ Ordinateur ☐ Langue des signes du Québec (LSQ) ☐ Gestes ☐ 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	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	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) ☐ Fauteuil manuel				
	☐ Fauteuil motorisé				
	☐ Poussette adaptée				
	☐ Canne(s) / béquilles				
	☐ Déambulateur				
	☐ Autonome (marche)				
	En sortie / longues distances ? ☐ identique ☐ différent (précisez) :				
	Méthode de transfert ☐ Avec le soutien de deux personnes ☐ Utilise un lève-personne ☐ Pivote pour transfert (debout avec support) ☐ Transfert au même niveau ☐ Autre (décrivez) : 		Autres ☐ Orthèses tibiales ☐ Orthèses poignets ☐ Corset ☐ 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