



Fiche d'évaluation des besoins Camp de jour Roussin

Ce questionnaire nous permettra d'évaluer **les besoins précis** de votre enfant afin de s'assurer d'avoir un environnement **sécuritaire** pour celui-ci et pour les gens qui l'entourent. Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie !

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	

2. 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 :

Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de jour Roussin à contacter les intervenants suivants :

Organisme (CRDI, CSSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

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 pour sa sécurité ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
Est-ce que l'enfant est dans une classe en adaptation scolaire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	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"/>
Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	
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"/>	

5. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

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 : _____

6. 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"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	

<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
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

7. 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 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.)	
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 de l'encourager/le motiver ?		
Interactions:		
A-t-il un intérêt à entrer en contact avec les autres enfants? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Décrivez-vous les types d'interactions que votre enfant peut avoir avec chacun des membres ci-dessous:		
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.) : _____

8. 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 :

9.DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
C o m m u n i c a t i o n	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisée : <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				
P a r t i c i p a t i o n a u x a c t i v i t é s	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.)				
V i e q u o t i d i e n e	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)				
D é p l a c e m e n t s	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) :				

<p>Méthode de transfert</p> <ul style="list-style-type: none"><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) : <hr/> <hr/>	<p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Orthèses tibiales<input type="checkbox"/> Orthèses poignets<input type="checkbox"/> Corset<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/>
---	---