

Fiche d'évaluation des besoins

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettrons de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie! Seules les informations jugées pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Veuillez compléter les sections qui sont applicables à votre enfant et nous retourner le formulaire au plus tard le -----.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom		sexe	
Nom de famille		Date de naissance	

2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

<input type="checkbox"/> Déficiência 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"/> Déficiência motrice	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficiência visuelle	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficiência 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 Autre(s), précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autre(s), 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. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments ou 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"/>	

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, veuillez 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

Veuillez cocher 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"/> Migraines/Maux de têtes fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes/ Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Pipi au lit	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	

<input type="checkbox"/>	Problèmes cutané	
<input type="checkbox"/>	Saignement de nez	
<input type="checkbox"/>	Sinusites	
<input type="checkbox"/>	Somnambulisme	

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?		
<input type="checkbox"/>	Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Oreillons	Date :	Raison :	
<input type="checkbox"/>	Scarlatine	Résultats :		
<input type="checkbox"/>	Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autres (Précisez)	Maladies chroniques ou récurrentes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/>		Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) :		
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible		Audition : <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	
		<input type="checkbox"/>	Appareils auditifs (Deux oreilles)	
		<input type="checkbox"/>	Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement	

7. COMPORTEMENT ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Veuillez cocher 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"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc)	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
	Non <input type="checkbox"/>	

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?		
Relations 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.) _____

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, veuillez rencontrer la personne responsable afin de discuter 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 :

**À titre indicatif / informatif seulement. Il y a toujours une surveillance en milieu aquatique.

9. DEGRÉ D'AUTONOMIE

		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides utilisés pour la communication : <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				
	Activités de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc)				
	Activités de motricité globales (sports, jeux psychomoteurs, ballons, 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 (veuillez préciser 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				
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"/> Autres (décrivez) : _____ _____			Autres <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ _____		