

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

☐ Déficiência intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère Précisez :
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Précisez si anciennement Asperger, TED-NS ou autre :
☐ Déficiência motrice	Précisez :
☐ Déficiência visuelle	Précisez :
☐ Déficiência 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 Autre(s), précisez :
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition ☐ Agressivité ☐ Passivité Autre(s), 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. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments ou autres) Oui ☐ Non ☐ Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance ☐ Allergie légère ☐ Allergie sévère ☐ Allergie mortelle ☐ Allergie si ingestion seulement ☐ Allergie au contact ☐
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui ☐ Non ☐	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même ☐ Adulte responsable ☐
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui ☐ Non ☐	
Comment mange-t-il? Facilement ☐ Difficilement ☐ Peu d'appétit ☐	

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
☐ Asthme	
☐ Constipation	
☐ Diarrhée	
☐ Eczéma	
☐ Insomnie	
☐ Mal des transports	
☐ Migraines/Maux de têtes fréquents	
☐ Menstruations	
☐ Nausées fréquentes/ Vomissements	
☐ Otites fréquentes	
☐ Pipi au lit	
☐ Problèmes cardiaques	

☐	Problèmes cutané	
☐	Saignement de nez	
☐	Sinusites	
☐	Somnambulisme	

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?	
☐	Varicelle	Oui ☐	Non ☐
☐	Oreillons	Date :	Raison :
☐	Scarlatine	Résultats :	
☐	Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves?	Oui ☐ Non ☐
☐	Autres (Précisez)	Maladies chroniques ou récurrentes?	Oui ☐ Non ☐
Vaccins à jour? Oui ☐ Non ☐		Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) :	
Vue : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible		Audition : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible	
☐	Lunettes/verres de contact	☐	Cécité
☐	Guide accompagnateur	☐	Canne blanche
		☐	Appareils auditifs (Deux oreilles)
		☐	Oreille droite uniquement ☐ 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.)
☐ Agressivité envers lui-même		
☐ Agressivité envers les autres		
☐ Anxiété		
☐ Automutilation		
☐ Fugues		
☐ Habitudes ou 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?		
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** : ☐ Nage seul en eau profonde ☐ Nage seul en eau peu profonde ☐ Nage seul avec VFI	☐ Besoin d'accompagnement ☐ Ne sait pas nager ☐ 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 ☐ Non ☐	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 :				
	☐ 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				
	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				
Déplacements	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
	Courts déplacements/au camp (veuillez préciser le niveau d'autonomie)				
	☐ Fauteuil manuel				
	☐ Fauteuil motorisé				
	☐ Poussette adaptée				
	☐ Canne(s)/béquilles				
	☐ Déambulateur				
	☐ Autonome (marche)				
En sortie/longues distances?					
☐ Identique ☐ Différent					
Méthode de transfert ☐ Avec le soutien de deux personnes ☐ Utilise un lève-personne ☐ Pivote pour transfert (debout avec support) ☐ Transfert au même niveau ☐ Autres (décrivez) : _____ _____			Autres ☐ Orthèses tibiales ☐ Orthèses poignets ☐ Corset ☐ Autre (précisez) : _____ _____		