

## Fiche d'évaluation des besoins d'accompagnement au camp de jour de la Ville de Baie-Saint-Paul

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

Pour que la demande d'accompagnement soit évaluée, tous les renseignements demandés doivent être fournis.

Complétez, signez et retournez le formulaire à Marc-Olivier Bouchard avant le 14 avril 2023 16 h 30 à l'adresse suivante : [marcolivierbouchard@baiesaintpaul.com](mailto:marcolivierbouchard@baiesaintpaul.com) ou en le déposant à l'Hôtel de Ville de Baie-Saint-Paul au 15 rue Forget.

### Section à compléter le parent ou le tuteur de l'enfant

#### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de famille :		Date de naissance :	
A-t-il reçu un diagnostic :			
Si oui, lequel :			
Est-il en attente d'un diagnostic?			

Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au camp de jour? Oui  Non

#### Les ressources de l'enfant :

(intervenant, psychologue, éducateur (trice) spécialisé(e), travailleur (euse) social(e), Orthophoniste, etc.)

Intervenants	CRDIQ	IRDPQ	Centre jeunesse	CIUSSS	Autres	École
Nom :						
Titre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone (poste) :						Nom de l'école :
Nom :						
Titre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone (poste) :						Nom de l'école :

### Horaire de fréquentation prévu :

Le Programme de soutien à la participation permet à votre enfant d'avoir un accompagnement durant l'horaire régulier. Toutefois, il se peut que la personne qui accompagne votre enfant ne soit pas la même en tout temps.

Indiquez l'horaire de fréquentation de l'enfant au camp de jour. Tout changement à l'horaire devra être signalé au moins 24 heures à l'avance.

SEMAINES DE FRÉQUENTATION			
Semaines	Camp de jour (08h30 à 16h30)	Service de garde (07h30 à 08h30 ET 16h30 à 17h30)	Heures
Du 26 au 30 juin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 03 au 07 juillet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 10 au 14 juillet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 17 au 21 juillet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 24 au 28 juillet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 31 juillet au 04 août	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :
Du 07 au 11 août	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	Arrivée : Départ :

### 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 :

J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du camp de jour à contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir de plus amples renseignements.

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

**Section à compléter par la personne ressource de l'enfant  
(intervenante, psychologue, éducateur (trice) spécialisé(e), travailleur (euse) social(e), etc.)**

**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 :

**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 ration 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.)	
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?		
<b>Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :</b>		
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.) :

5. DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
Participation aux activités	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie quotidienne	Habille­ment (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Précisez (cathéter, couches, etc.):				
	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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) : _____		

## 6. ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?

COMPORTEMENTS	OUI	OCCASIONNELLEMENT	NON
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

En tant que personne-ressource de \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant), je demeure disponible afin de rencontrer le moniteur qui sera en charge dudit enfant pour la durée du camp de jour.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de la personne-ressource

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne-ressource

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date