Municipalité de Lac-aux-Sables

CAMP DE JOUR LE SABLOTIN

FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2023

1-Renseignement sur l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Âge lors du séjour : _____

2-Renseignement des parents ou tuteurs

Nom : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Municipalité : _____ Code postal : _____
Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____
Courriel : _____

Nom : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Municipalité : _____ Code postal : _____
Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____
Courriel : _____

3-Diagnostic et besoins particuliers

☐ Retard global de développement/déficience intellectuelle	☐Légère ☐Moyenne ☐Sévère Précisez :
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)/ou hypothèse du TSA	Précisez :
☐ Déficience motrice	☐Légère ☐Moyenne ☐Sévère Précisez (diagnostic/incapacité) :
☐ Déficience visuelle	Lunettes : ☐Oui ☐Non Précisez :
☐ Déficience auditive	Appareil auditif : ☐Oui ☐Non Oreille : ☐Droite ☐Gauche Précisez :
☐ Trouble langage/parole	☐Expression ☐Compréhension ☐Mixte Précisez (diagnostic/incapacité) :
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	☐Avec hyperactivité ☐Sans hyperactivité Précisez :
☐ Santé mentale	☐Anxiété ☐Trouble de l'attachement ☐TOC Autres ou précisez :
☐ Trouble du comportement	☐Opposition ☐Agressivité Autres ou précisez :
☐ Autres	Précisez :

Municipalité de Lac-aux-Sables

CAMP DE JOUR LE SABLOTIN

FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2023

4-Situation de santé

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé (ex. : asthme, constipation, maux de tête, etc.)

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.

5-Milieu scolaire et milieu de vie

Vie au quotidien	Aide constante	Aide occasionnelle	Aide verbale	Autonome
Habillement (se vêtir, attacher ses souliers, etc.)	☐	☐	☐	☐
Hygiène personnelle (aller à la toilette, couche, etc.)	☐	☐	☐	☐
Précisez :				
Alimentation	☐	☐	☐	☐
Gestion des effets personnels (boite à lunch, sac à dos, etc.)	☐	☐	☐	☐
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	☐	☐	☐	☐

6-Accompagnement

Dans quel contexte votre enfant a besoin d'un accompagnateur :

En classe	☐Oui ☐Non
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	
Dans le cours d'éducation physique	☐Oui ☐Non
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	
Au service de garde	☐Oui ☐Non
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	

7-Intérêts et capacités

Champs d'intérêt	À l'école	À la maison ou avec un organisme
Musique (jouer ou écouter)		
Bricolage		
Sports (éducation physique)		
Émission de télévision favorite		
Moment de détente		
Items favoris (personnages, couleurs, aliments, etc.)		
Au niveau psychomoteur	☐Attraper un ballon ☐Jouer en équipe ☐Courir pendant une certaine période ☐Attacher ses lacets	
Sensibilité aux stimuli extérieurs	☐Participer au grand rassemblement ☐Être dans une foule ☐Participer à une activité où il y a beaucoup de bruit ☐Participer à une activité ayant des effets de surprise	

Municipalité de Lac-aux-Sables

CAMP DE JOUR LE SABLOTIN

FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2023

8-Comportements

Comportement	Contexte/Signes précurseurs	Suggestions d'intervention
Agressivité ☐Envers lui-même ☐Envers les autres		
Trouble d'opposition ☐Occasionnel ☐Régulier		
Anxiété		
Fugues		
Habitudes ou manies		
Tendances à faire des crises ☐Oui ☐Non		
A-t-il des phobies et/ou des peurs ? ☐Oui ☐Non Si oui, lesquelles et comment intervenir ?		

9-Relation et communication avec les autres

Communiquer avec ses pairs ☐Facile ☐Moyen ☐Difficile
Communiquer avec les personnes en autorité ☐ Facile ☐Moyen ☐Difficile
Adaptation aux nouvelles personnes ☐ Facile ☐Moyen ☐Difficile
Difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation ? ☐ Facile ☐Moyen ☐Difficile
Quels sont des outils de communication utiles ? ☐ Pictogrammes ☐Tableau ☐Ordinateur ☐ Mains animées ☐Gestes ☐Langage des signes (LSQ)
Difficulté à comprendre les consignes ☐ Facile ☐Moyen ☐Difficile

10-Déplacement

Courts déplacements au camp (précisez le niveau d'autonomie)	
☐Fauteuil manuel ☐Fauteuil motorisé ☐Canne(s)/béquilles ☐Déambulateur	☐Aide constante ☐Aide occasionnelle ☐Aide verbale ☐Autonome ☐Se propulse seul à l'intérieur ☐Se propulse seul à l'extérieur
☐ Autonome (marche) ☐Oui ☐Non	
Précisez :	
Longues distances ☐Identique ☐Différent	
Précisez :	
Autres : ☐Orthèses tibiales ☐Orthèses poignets ☐Corset ☐Autres, précisez :	

11-Informations supplémentaires

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part. (changement important récent dans sa vie, préoccupations particulières, etc.)

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant. (Horaire imagé, pauses fréquentes, périodes de repos, etc.)

Municipalité de Lac-aux-Sables

CAMP DE JOUR LE SABLOTIN

FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2023

12-Recommandations de l'intervenant référant (s'il y a lieu) ou du tuteur légal de l'enfant

Ratio recommandé :	☐1/1 ☐1/2 ☐1/3 ☐1/4 ☐1/5
Autres :	
Participation recommandée :	☐À temps plein ☐À temps partiel
Si à temps partiel, indiquer le nombre de jours maximums par semaine recommandée :	
Nombre d'heures par jour recommandé :	
Groupe d'âge recommandé (afin d'adapter les activités à ses capacités et permettre une intégration réussie) ☐5-6 ans ☐7-8 ans ☐9-10 ans ☐11-12 ans	

Services actuels – scolaire
École fréquentée : _____ ☐Classe régulière ☐Classe réduite (8 élèves)
Services actuels – santé et réadaptation
☐ CIUSSS ☐Organisme communautaire
Autres (spécifiez) :
Autres renseignements ou informations pouvant être utiles :
Intervenant référant :
Programme ou service :
Téléphone :
Courriel :

J'ai rempli la fiche d'évaluation des besoins et je certifie que les renseignements fournis sont exacts, autant que je sache.

Signature de l'intervenant/tuteur : _____ Date : _____

12-Autorisation et signatures

Je soussigné _____ en tant que _____ de l'enfant, j'autorise la Municipalité de Lac-aux-Sables et son personnel à :

- Utiliser ce document dans le cadre du programme de camp de jour pour outiller et informer l'accompagnateur afin d'assurer un encadrement adéquat;
- Contacter les intervenants œuvrant auprès de l'enfant pour avoir de plus amples renseignements et les informer du déroulement du camp de jour, si nécessaire.

J'ai lu et j'accepte les informations mentionnées ci-dessus.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Enregistrer Imprimer Envoyer