

**FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2026**

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

<input type="checkbox"/> Retard global de développement/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)/ou hypothèse du TSA	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficiencia motrice	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère Précisez (diagnostic/incapacité) :
<input type="checkbox"/> Déficiencia visuelle	Lunettes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficiencia auditive	Appareil auditif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Oreille : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage/parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez (diagnostic/incapacité) :
<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 Autres ou précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité Autres ou précisez :
<input type="checkbox"/> Autres	Précisez :



**FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2026**

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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (aller à la toilette, couche, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des effets personnels (boite à lunch, sac à dos, etc.)	<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"/>

6-Accompagnement

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

En classe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	
Dans le cours d'éducation physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est le ratio enfant/intervenant :	
Au service de garde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Attraper un ballon <input type="checkbox"/> Jouer en équipe <input type="checkbox"/> Courir pendant une certaine période <input type="checkbox"/> Attacher ses lacets	
Sensibilité aux stimuli extérieurs	<input type="checkbox"/> Participer au grand rassemblement <input type="checkbox"/> Être dans une foule <input type="checkbox"/> Participer à une activité où il y a beaucoup de bruit <input type="checkbox"/> Participer à une activité ayant des effets de surprise	

**FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2026**

8-Comportements

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

9-Relation et communication avec les autres

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

10-Déplacement

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

**FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT - CAMP DE JOUR 2026**

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

Ratio recommandé :	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/5
Autres :					
Participation recommandée :	<input type="checkbox"/> À temps plein	<input type="checkbox"/> 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)					
<input type="checkbox"/> 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-8 ans <input type="checkbox"/> 9-10 ans <input type="checkbox"/> 11-12 ans					

Services actuels – scolaire
École fréquentée :
<input type="checkbox"/> Classe régulière <input type="checkbox"/> Classe réduite (8 élèves)
Services actuels – santé et réadaptation
<input type="checkbox"/> CIUSSS <input type="checkbox"/> Organisme communautaire
Autres (spécifiez) :
Autres renseignements ou informations pouvant être utiles :
Intervenant référent :
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 : _____