

## FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS PARTICULIERS ET RENSEIGNEMENTS

Complétez et retourner la fiche d'évaluation remplie avant le **3 mai 2024**

Remplir un (1) formulaire par enfant

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant			
Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Âge (au 24 juin)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre : _____	

2. Renseignements sur l'identité du responsable de l'enfant		
Parent 1 – Nom du parent ou du responsable	Prénom	Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	Courriel
Parent 2 – Nom du parent ou du responsable	Prénom	Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	Courriel

3. Historique d'accompagnement et expériences antérieures de camp de jour		
Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour/camp de vacances l'été passé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (répondre aux questions de la colonne de droite)	Quel était le site de fréquentation? <input type="checkbox"/> Camp de jour Sainte-Sophie <input type="checkbox"/> Autre : Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, selon quel ratio d'accompagnement ? (accompagnateur/enfant) <input type="checkbox"/> 1 pour 1 <input type="checkbox"/> 1 pour 2 <input type="checkbox"/> Autre : _____
Dans la dernière année, y a-t-il eu des changements significatifs dans la vie de l'enfant qui ont eu une incidence sur ses comportements? <input type="checkbox"/> Non (passez à la section 4) <input type="checkbox"/> Oui, précisez :		
Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de l'enfant? <input type="checkbox"/> Impact positif <input type="checkbox"/> Impact négatif <input type="checkbox"/> Aucun impact Précisez :		

4. Renseignement sur la fréquentation scolaire	
L'enfant fréquente présentement l'école? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel est le nom de l'école?
Si oui, est-il dans une classe régulière à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, précisez :	Est-ce que votre enfant bénéficie de services particuliers à l'école? <input type="checkbox"/> Non (passer à la section 4) <input type="checkbox"/> Oui
<i>Quels sont les services particuliers offerts par l'école (ex : TES en 1/1, ratio classe plus petit)</i>	
Service :	
Fréquence :	
<i>Quel est la personne ressource de votre enfant au niveau scolaire (enseignante, TES, psychologue, ...)?</i>	
Nom :	
Titre :	

## 5. Problème de santé particuliers

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur?  Oui  Non

Si oui, quels est la nature des problèmes?

Diabète  Problème respiratoire grave  Problème cardiaque  Allergie grave  Épilepsie  Autre(s) \_\_\_\_\_

Précisez (ex : les actions de l'accompagnateur à effectuer) :

## 6. Nature des limitations de l'enfant

Déficience intellectuelle

Légère  Moyenne  Sévère

Précisez :

Déficience motrice

Fine  Globale  Fine et globale

Précisez :

Trouble du développement du langage (TDL)

Expression  Compréhension  Mixte

Précisez :

Déficience visuelle

Précisez :

Déficience auditive

Port d'un appareil auditif

Précisez :

Trouble déficitaire de l'attention

Sans hyperactivité (TDA)  Avec hyperactivité (TDAH)

Précisez :

Trouble d'acquisition de la coordination (TAC)

Précisez :

Peur, phobies importantes

Précisez :

Trouble d'anxiété généralisé

Précisez :

Trouble de santé mentale

Précisez :

Hypersensibilité sensorielle

Tactile  Auditive  Visuel  Olfactif  Gustatif  Mouvement

Précisez :

Hyposensibilité sensorielle

Tactile  Auditive  Visuel  Olfactif  Gustatif  Mouvement

Précisez :

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Niveau 1 - besoin d'aide  
 Niveau 2 - besoin de soutien important  
 Niveau 3 - besoin de soutien très important

Verbal  Non-verbal

Trouble de comportement (TC)

Avec agressivité  Sans agressivité

Trouble d'opposition (TOP)

Avec provocation  Sans provocation

Autre :

Précisez :

Votre enfant est-il **en attente** d'un diagnostic?

Non  Oui, précisez le diagnostic : \_\_\_\_\_

## 7. Évaluation des comportements de l'enfant

Est-ce que votre enfant adopte les comportements suivants ?

Comportements	Fréquemment	Parfois	Rarement	Jamais
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger des routines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements ?

<input type="checkbox"/> Utilisation de pictogramme Précisez :	<input type="checkbox"/> Utilisation d'un horaire imagé de la journée Précisez :	<input type="checkbox"/> Outil de gestion de colère (ex : volcan) Précisez :
<input type="checkbox"/> Sablier Précisez :	<input type="checkbox"/> Time Timer Précisez :	<input type="checkbox"/> Langage des signes Précisez :
<input type="checkbox"/> Tangle	<input type="checkbox"/> Mains animées Précisez :	<input type="checkbox"/> Mâchouille (Chewy) Précisez :
<input type="checkbox"/> Tableau d'émulation Précisez :	<input type="checkbox"/> Coquille insonorisante Précisez :	<input type="checkbox"/> Outils lestés (ex : lézard) Précisez :
<input type="checkbox"/> Autre : Précisez :		

## 9. Évaluation du degré de supervision

Lors des situations énoncées, l'enfant a besoin :

Situations	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
<b>1. Autonomie</b>					
Habillement	<input type="checkbox"/>				
Hygiène personnelle (ex : toilette) Précisez :	<input type="checkbox"/>				
Alimentation (ex : repas et collation)	<input type="checkbox"/>				
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>				
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>				
<b>2. Participation aux activités</b>					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>				
Interaction avec les autres	<input type="checkbox"/>				
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>				
Activités de motricité fine (bricolage, attacher des boutons, ...)	<input type="checkbox"/>				
Activité de motricité globale (sports, jeux de ballon, course, ...)	<input type="checkbox"/>				
Baignade	<input type="checkbox"/>				
<b>3. Communication</b>					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>				
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>				
Quel est le moyen de communication utilisé par votre enfant? <input type="checkbox"/> Parole <input type="checkbox"/> Gestuel (ex : mains animées) <input type="checkbox"/> Non-verbal					
<b>4. Déplacement</b>					
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>				
Escaliers	<input type="checkbox"/>				
Autobus	<input type="checkbox"/>				
Votre enfant a-t-il besoin d'une aide à la mobilité? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez _____					



**8. Intervenant(s) de l'enfant (enseignant, éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, etc.)**

<i>Intervenant 1</i>	<i>Lieu de travail et adresse (école, clinique privée)</i>	<i>Autres informations</i>
Nom du professionnel		
Titre		
Téléphone (avec poste)		
Courriel		
<i>Intervenant 2</i>	<i>Lieu de travail et adresse (école, clinique privée)</i>	<i>Autres informations</i>
Nom du professionnel		
Titre		
Téléphone (avec poste)		
Courriel		
<i>Intervenant 3</i>	<i>Lieu de travail et adresse (école, clinique privée)</i>	<i>Autres informations</i>
Nom du professionnel		
Titre		
Téléphone (avec poste)		
Courriel		

**9. Consentement à partager des renseignements personnels**

*En considération de ce qui précède, j'autorise les représentants des organismes nommés ci-dessus à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour de la Municipalité de Sainte-Sophie pour l'été 2024.*

*Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et qui se termine le 16 août 2024.*

Signature du parent

Date