



# FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

## Programme d'accompagnement du camp de jour

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie!

Dans le cas où votre enfant fréquenterait le camp de jour de la Ville de Candiac, seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Il est à noter que cette fiche n'est pas une fiche d'inscription, donc ne constitue pas l'inscription officielle de votre enfant.

**Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété avant le 25 février 2024 via l'adresse courriel suivante : [campdejour@ville.candiac.qc.ca](mailto:campdejour@ville.candiac.qc.ca).**

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :	Nom de famille :
Adresse :	
Date de naissance :	Âge au 26 juin 2023 :
Nom du parent :	Numéro de téléphone :
Courriel :	

### 2. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

#### Camp de jour

Votre enfant est-il à sa première année de camp de jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il fréquenté le camp de jour de la Ville de Candiac l'an dernier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, bénéficiait-il d'un accompagnement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels :	

#### Année scolaire

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier à l'école?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type de suivi a-t-il? (Ex. : orthopédagogue, orthophoniste, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée, etc.)	
Est-ce que votre enfant est dans une classe spécialisée durant l'année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur en tout temps durant l'année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type d'accompagnement a-t-il?	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3

### 3. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

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

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ?  Non  Oui

### 4. RESSOURCE DE L'ENFANT

Est-ce que votre enfant bénéficie des services d'un intervenant spécialisé? (ex. :psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)  Oui  Non

Nom de l'organisme :  
(ex. : CCSDGS ou CISSMO)

Prénom et nom de l'intervenant :

Téléphone :

Cellulaire :

Autorisez-vous la Ville de Candiac d'entrer en contact avec l'intervenant mentionné ci-dessus à des fins de consultation pour l'intégration de votre enfant?

Oui  Non

**Il serait apprécié que l'intervenant complète l'annexe *Recommandation d'un intervenant* disponible à la fin de ce document.**

### 5. DIAGNOSTIC, BESOINS PARTICULIERS ET ÉTAT DE SANTÉ

**Cochez ce qui est applicable et apportez des précisions au diagnostic s'il y a lieu.**

DIAGNOSTIC	NATURE DES LIMITATIONS	PRÉCISIONS S'IL Y A LIEU
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> TED <input type="checkbox"/> Autisme	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice, visuelle ou auditive	<input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive	
<input type="checkbox"/> Trouble du langage-parole	<input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité	
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Passivité	
<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Épilepsie		
<input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) :		

## 6. ATTITUDE ET COMPORTEMENTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportements	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger et, etc.)	Quelle est la fréquence de ce comportement? (Fréquemment, occasionnelle, rarement)
<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"/> Difficulté avec les transitions d'activités			
<input type="checkbox"/> Difficulté à déroger de ses routines habituelles			
<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer les situations imprévues			
<input type="checkbox"/> Fugues			
<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières (acceptées ou pas)			
<input type="checkbox"/> Inconfort tactique (n'aime pas être touché)			
<input type="checkbox"/> Tendance à faire des crises			

## 7. DEGRÉ D'AUTONOMIE

Cochez le degré d'autonomie qui s'applique.		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 utilisées : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes (LSQ) <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, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Au niveau de la psychomotricité, l'enfant peut :</b> <input type="checkbox"/> Attraper un ballon <input type="checkbox"/> Courir pendant une certaine période <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux d'équipe Informations supplémentaires concernant la psychomotricité : <b>Au niveau de la sensibilité aux stimuli extérieurs, l'enfant peut :</b> <input type="checkbox"/> Être dans la 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 surprises (jeu pouvant occasionner un sursaut)				
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 : (ex.: 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)	<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"/>	
Déplacement	L'enfant a-t-il besoin d'un <b>équipement spécialisé</b> pour effectuer <b>de courts déplacements sur le site du camp</b> ? (ex. : fauteuil roulant, marchette, etc.)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Si oui, lequel ?				
	L'enfant a-t-il besoin d'un <b>équipement spécialisé</b> pour effectuer <b>de longues distances ou à l'extérieur du site du camp</b> (ex. : parc municipal ou sortie en autobus)?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel?					
<b>Méthodes de transfert (si besoin) :</b> <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 Autre : <b>Autres :</b> <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset    Autre :					

## 8. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau :	
<input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager
<input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde	<input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons
<input type="checkbox"/> Nage seul en VFI	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement	
<input type="checkbox"/> A-t-il suivi un cours de natation ?	Dernier niveau complété :

*Note : si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp de jour pour le port du VFI (veste de flottaison individuelle).*

## 9. FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Quelles sont ses forces ?
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?

## 10. RELATION AVEC LES AUTRES

Comment interagit-il avec :

Ses pairs ?	
Les détenteurs d'autorité ?	
Les nouvelles personnes ?	

## 11. PARTICIPATION

Quels sont les meilleurs moyens ou mesures pour faciliter sa <b>participation</b> ?
Quels sont les meilleurs moyens ou outils pour faciliter son <b>autonomie</b> ?
Quels éléments pourraient nuire ou limiter la participation de votre enfant à une journée régulière de camp de jour ?
L'enfant participe-t-il à des <b>activités de loisir</b> pendant la période de septembre à mai? Si oui, lesquelles et bénéficie-t-il un accompagnateur?

## HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

Cochez les semaines que vous souhaiteriez inscrire votre enfant au camp de jour.

Ceci n'est pas une inscription, les informations servent uniquement à des fins de prévision pour l'administration.

**En fonction des ressources disponibles, il est possible qu'un nombre de semaines maximum par participants soit établi.**

<b>Semaines du camp (inscription à semaine)</b>	
Semaine 1 : 25 au 28 juin (fermé le lundi 24 juin)	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 : 2 au 5 juillet (fermé le lundi 1 <sup>er</sup> juillet)	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 : 8 au 12 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 4 : 15 au 19 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 5 : 22 au 26 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 6 : 29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 7 : 5 au 9 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 8 : 12 au 16 août	<input type="checkbox"/>

<b>Semaine des découvertes (inscription à la journée)</b>	
Lundi, 19 août	<input type="checkbox"/>
Mardi, 20 août	<input type="checkbox"/>
Mercredi, 21 août	<input type="checkbox"/>
Jeudi, 22 août	<input type="checkbox"/>
Vendredi, 23 août	<input type="checkbox"/>

<b>Période d'arrivée et de départ</b>	
Heure d'arrivée prévue (entre 7 h à 9 h)	
Heure de départ prévue (entre 16 h à 18 h)	

*Les périodes d'arrivée et de départ sont incluses à l'inscription au camp.*

### **SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT :**

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

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE

### RECOMMANDATION D'UN INTERVENANT

L'expertise d'un intervenant qui connaît le dossier de l'enfant facilitera l'analyse de la présente fiche d'évaluation des besoins et permettra d'établir des stratégies d'intégration adaptées à l'enfant.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
<b>Nom, prénom :</b>	

CAPACITÉ DE L'ENFANT À PARTICIPER À UNE JOURNÉE TYPE DE CAMP DE JOUR				
ACTIVITÉS	CAPACITÉ DE L'ENFANT À PARTICIPER À L'ACTIVITÉ			OUTILS / INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER
	Avec facilité	Avec difficulté	Aucune	
<p style="text-align: center;"><b>Rassemblement</b></p> <p>(grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Déplacements</b></p> <p>(suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Communications</b></p> <p>(expression de ses besoins et de ses émotions, gestion de relations avec les pairs et les adultes, communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Jeux structurés</b></p> <p>(compréhension des règles du jeu / respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l'âge)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Jeux sportifs</b></p> <p>(gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Bricolages</b></p> <p>(suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Repas</b></p> <p>(demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Piscine</b></p> <p>(se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Sorties</b></p> <p>(prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Quotidien au camp de jour</b></p> <p>(bouleversement à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants)</p>				

**DANS LE CAS D'UNE DÉSORGANISATION**

<b>Comportements observables</b> (fréquence, intensité, durée)	<b>Interventions à privilégier</b>

**ACCOMMODEMENTS À METTRE EN PLACE**

**Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en place pour que l'enfant puisse intégrer le camp de jour ?**  
(ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel, etc.)

--

**RECOMMANDATIONS POUR LES SERVICES ESTIVAUX**

<b>1. Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :</b> (si oui, passez à la question 4)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>2. L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :</b>	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3
<b>3. L'accompagnement idéal serait réalisé par :</b>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Sans importance
<b>4. L'enfant peut intégrer un groupe de :</b>	<input type="checkbox"/> Son âge <input type="checkbox"/> Plus jeune <input type="checkbox"/> Plus vieux

**IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT**

<b>Nom</b>	
<b>Organisation</b>	<b>Téléphone</b> (incluant le numéro du poste)
<b>Titre</b>	<b>Courriel</b>
<b>Signature</b>	<b>Date</b> (aaaa/mm/jj)