



## FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE MON ENFANT



Mon enfant est inscrit au camp de jour de la Ville de Saint-Charles-Borromée.

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.

**Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant.**

Une fois complété, vous devez transmettre le document à Alexandrine Lecuyer : [alecuyer@vivrescb.com](mailto:alecuyer@vivrescb.com)

Afin de vous prévaloir de ce service, vous devez procéder à l'inscription au camp de jour. Par la suite, nous communiquerons avec vous afin de fixer une date de rencontre précamp obligatoire. Une deuxième rencontre peut avoir lieu si nous le jugeons pertinent.

Il est possible que nous demandions aux parents de fournir une aide-externe (préposé aux bénéficiaires, infirmière ou autres) si nous ne disposons pas de ressources permettant de répondre aux besoins de l'enfant.

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom : ..... Nom de famille : .....

Date de naissance : ..... Numéro assurance maladie : .....

### 2. RÉPONDANTS POUR L'ENFANT

#### 1<sup>er</sup> parent/ tuteur à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : .....

Numéros de téléphone pour vous joindre :

Résidence : .....

Bureau : .....

Cell : .....

#### 2<sup>e</sup> parent/ tuteur à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : .....

Numéros de téléphone pour vous joindre :

Résidence : .....

Bureau : .....

Cell : .....

#### Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :

Nom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone (Rés.) : .....

Téléphone (autre) : .....

Nom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone (Rés.) : .....

Téléphone (autre) : .....

### 3. AUTORISATION DES PARENTS

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.

En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la ville de Saint-Charles-Borromée à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la ville de Saint-Charles-Borromée et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

#### Autorisation de communiquer des renseignements

1. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec un intervenant du Centre intégré de santé et des services sociaux de Lanaudière afin de soutenir l'intégration de mon enfant pour toute la période de camp de jour c'est-à-dire dès la date de l'inscription jusqu'à la dernière journée du camp de jour.

Oui      Non      Ne s'applique pas

Nom(s) des intervenant(e)s :

.....

2. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.

Oui      Non      Ne s'applique pas

École :

Noms des personnes à contacter :

.....

.....

.....

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date .....

Autorisation valable du ..... au .....

**Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**

## 4. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

### Déficiência intellectuelle

Légère      Moyenne      Sévère  
Précisez :

### Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Précisez si anciennement, Asperger, TED-NS,  
ou le niveau d'assistance (1-2-3) :

### Déficiência motrice

Précisez :

### Déficiência visuelle

Précisez :

### Déficiência auditive

Précisez :

### Trouble langage-parole

Expression      Compréhension      Mixte  
Précisez :

### Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)

Avec hyperactivité      Sans hyperactivité  
Précisez :

### Santé mentale

Anxiété      Trouble de l'attachement      TOC  
Dépression      Autres, précisez :

### Diabète

Précisez :

### Épilepsie

Précisez :

### Autre(s) (Trisomie 21, etc.)

Précisez :

## 5. ACCOMPAGNEMENT

– Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ?

Oui      Non

– Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ?

1/1      1/2      1/3      Autre :

– Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année à l'école ?

Oui      Non

Précisez :

## 6. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

**Allergies et/ou intolérances?**  
(alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres)

Oui      Non      Si oui précisez :

Signes ou symptômes à surveiller :

Précisez la sévérité :

Intolérance

Allergie légère

Allergie sévère

Allergie mortelle

Allergie si ingestion seulement

Allergie au contact

Auto-injecteur d'Épinéphrine

(Épipen, Twinject ou autre)

Oui

Non

Personnes autorisées à l'administrer :

L'enfant lui-même

Adulte responsable

**Restrictions alimentaires (autres que des allergies)?**

Oui      Non

Précisez : .....

**Comment mange-t-il?**      Facilement      Difficilement      Peu d'appétit

## 7. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

– Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp?      Oui\*      Non

*\*Si oui, veuillez compléter l'annexe : Autorisation de prise d'un médicament*

– Prend-t-il des médicaments durant l'année?

Oui\*      Non

Si oui, lequel(s) : .....

Prescrit(s) pour : .....

## 8. SITUATION DE SANTÉ

Précisions, actions à prendre, etc

Asthme .....

Constipation .....

Diarrhée .....

Eczéma .....

Insomnie .....

Mal des transports .....

Maux de têtes/migraines fréquents .....

Menstruations .....

Nausées fréquentes / Vomissements .....

Otites fréquentes .....

Pipi au lit .....

Problèmes cardiaques .....

Problèmes cutanés .....

Saignement de nez .....

Sinusites .....

Somnambulisme .....  
(marche dans son sommeil)

## 8. SITUATION DE SANTÉ (SUITE)

– A-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Oreillons    Varicelle    Scarlatine

Rougeole                      Autres (préciser) : .....

– A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?    Oui                      Non

Date : ..... Raison : .....

Résultats : .....  
.....

– A-t-il déjà eu des blessures graves?                      Oui                      Non

– Maladies chroniques ou récurrentes?                      Oui                      Non

– Vaccins à jour?                      Oui                      Non

– Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) :

– Vue :

Excellente    Suffisante    Faible

Lunettes / verres de contact    Cécité    Guide-accompagnateur/chien-guide    Canne blanche

– Audition :

Excellente    Suffisante    Faible

Appareils auditifs (deux oreilles)    Oreille droite uniquement    Oreille gauche uniquement

## 9.COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

– A-t-il tendance à faire des crises?

Oui Non Si oui, précisez quels sont les signes précurseurs(agitation, isolement, etc.)?

.....

.....

– A-t-il des phobies et/ou peurs ?

Oui Non – Si oui, lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)

.....

.....

– A-t-il des particularités sensorielles ?

Oui Non – Si oui, lesquelles et comment intervenir à ce sujet ?

.....

.....

–A-t-il de la difficulté à exprimer ses besoins, ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation?

Oui Non – Si oui, comment votre enfant s'exprime- t-il (pointer, mains animées, pictogrammes) ?

.....

.....

– Quel est le meilleur moyen pour communiquer avec votre enfant (verbalement, pictogrammes, horaire, mains animées)

.....

.....

– S'adapte-t-il facilement aux changements, à de nouvelles personnes, activités, expériences?

Oui Non – Si non, précisez

.....

.....

9.COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS (SUITE)

| COMPORTEMENT                                         | Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir? | De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.) |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Agressivité envers lui-même                          |                                                                   |                                                                                 |
| Agressivité envers les autres                        |                                                                   |                                                                                 |
| Anxiété                                              |                                                                   |                                                                                 |
| Automutilation                                       |                                                                   |                                                                                 |
| Fugues                                               |                                                                   |                                                                                 |
| Autres (précisez)                                    |                                                                   |                                                                                 |
| Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non) |                                                                   |                                                                                 |



## 9.COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS (SUITE)

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

.....

.....

.....

.....

– Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?

.....

.....

.....

.....

– Relation avec les autres – Comment interagit-il avec :

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.) :

.....

.....

## 10. CAPACITÉS AQUATIQUES

**Autonomie dans l'eau :**

Nage seul

Nage seul avec une veste  
de flottaison individuelle

.....

Ne sait pas nager

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    Non

Dernier niveau de natation complété :

.....

## 11. DEGRÉ D'AUTONOMIE

| COMPORTEMENT                   |                                                                            | Aide<br>constante | Aide<br>occasionnelle | Supervision<br>verbale      | Autonome |               |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|----------|---------------|
|                                |                                                                            |                   |                       |                             |          |               |
| COMMUNICATION                  | Communication avec les autres                                              |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Compréhension des consignes                                                |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Se faire comprendre                                                        |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Aides à la communication utilisés :                                        |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Pictogrammes                                                               | Tableau           | Ordinateur            | Langue des signes du Québec | Gestes   | Mains animées |
| PARTICIPATION<br>AUX ACTIVITÉS | Stimulation à la participation                                             |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Interaction avec les adultes                                               |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Interaction avec les autres enfants                                        |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Fonctionnement en groupe                                                   |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Activité de motricité fine<br>(bricolage, manipulations, insertions, etc.) |                   |                       |                             |          |               |
| VIE QUOTIDIENNE                | Habillage (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)                          |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Hygiène personnelle<br>Précisez (cathéter, couches, etc.):                 |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Alimentation                                                               |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Gérer ses effets personnels<br>(ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)      |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Rester avec le groupe                                                      |                   |                       |                             |          |               |
|                                | Éviter les situations dangereuses<br>(a-t-il conscience du danger ?)       |                   |                       |                             |          |               |

| COMPORTEMENT                                                                                                                                                                             |  | Aide<br>constante                                                                                  | Aide<br>occasionnelle | Supervision<br>verbale | Autonome |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------|
| Courts déplacements / au camp<br>(précisez le niveau d'autonomie)                                                                                                                        |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Si besoin d'équipement pour les déplacements                                                                                                                                             |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Fauteuil manuel                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Fauteuil motorisé                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Poussette adaptée                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Canne(s) / béquilles                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Déambulateur                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| En sortie / longues distances ?<br>identique      différent (précisez) :                                                                                                                 |  |                                                                                                    |                       |                        |          |
| Méthode de transfert :<br>Avec le soutien de deux personnes<br>Utilise un lève-personne<br>Pivote pour transfert (debout avec support)<br>Transfert au même niveau<br>Autre (décrivez) : |  | Autres :<br><br>Orthèses tibiales<br><br>Orthèses poignets<br><br>Corset<br><br>Autre (précisez) : |                       |                        |          |

Autre précisions

## Autre précisions