

Programme d'accompagnement des enfants à besoins particuliers au camp de jour de la Ville de Joliette : fiche d'évaluation des besoins

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 et retournez le formulaire complété avant le 5 avril 2019 à campdejour@ville.joliette.qc.ca ou au 102, rue Fabre, Joliette (Québec) J6E 9E3.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	
Semaines fréquentant le camp	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
Inscription à un camp spécialisé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel ou lesquels?	
Inscription au service de garde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, pour quelle(s) période(s)?	<input type="checkbox"/> 7 h à 9 h <input type="checkbox"/> 16 h à 17 h 30 <input type="checkbox"/> 7 h 30 à 9 h <input type="checkbox"/> 16 h à 17 h <input type="checkbox"/> 8 h à 9 h <input type="checkbox"/> 16 h à 16 h 30 <input type="checkbox"/> 8 h 30 à 9 h

2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte précisez :
<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 <input type="checkbox"/> Dépression Autres, précisez :

<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez :	<input type="checkbox"/> Opposition régulière <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> Fugue
<input type="checkbox"/> Diabète	précisez :	
<input type="checkbox"/> Épilepsie	précisez :	
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	précisez :	

3. ACCOMPAGNEMENT

Au meilleur de votre connaissance, quel est le ration d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre :
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	Précisez la sévérité : <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personnes autorisées à l'administrer : <input type="checkbox"/> L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Lors des repas, l'enfant a-t-il besoin <input type="checkbox"/> D'aide pour manger <input type="checkbox"/> D'aide à ouvrir les plats <input type="checkbox"/> De surveillance <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____ _____	

5. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	

<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes? <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	
A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	
A-t-il déjà eu des blessures graves? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :	
Maladies chroniques ou récurrentes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :	
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

6. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
<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"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		

<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
A-t-il tendance à faire des crises? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
A-t-il des phobies et/ou peurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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.) : _____

7. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement constant (malgré le VFI) <input type="checkbox"/> Refuse de se baigner <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dernier niveau de natation complété :

8. DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur (tablette) <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées <input type="checkbox"/> Autre (précisez): _____				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Interaction avec les autres enfants				
	Fonctionnement en groupe				
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Hygiène personnelle				
	Précisez (cathéter, couches, etc.): _____				
	Alimentation				
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
	Rester avec le groupe				
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				

AUTORISATION POUR LES BESOINS PARTICULIERS LORS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Je _____ (parent ou tuteur) autorise la Ville de Joliette (l'accompagnateur de mon enfant) à fournir à _____ (nom de l'enfant) l'aide nécessaire lors des actions suivantes :

- Accompagnement à la toilette
- Assistance à l'hygiène à la toilette (aider l'enfant à s'essuyer au besoin)
- Application de la crème solaire
- Assistance à l'habillement (aider l'enfant à mettre et à retirer ses vêtements, au besoin, pour les périodes de baignade)

Document signé le ____/____/____ à Joliette

Signature du parent ou du tuteur: _____

Signature de la responsable des accompagnateurs : _____

Autorisation à partager des renseignements personnels- scolaire

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

- 🍎 Plan d'intervention adapté;
- 🍎 Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant;
- 🍎 Renseignements concernant sa routine;
- 🍎 Renseignements sur son comportement lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Nom de l'école : _____

Directeur de l'école _____

Professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives _____

Autres - spécifiez : _____

NOM

No de téléphone

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 2019.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de signature et se termine le 31 août 2019.

Signature du parent

date