

FICHE SANTÉ

Fiche d'évaluation des besoins

S.V.P., remplir une fiche par enfant

Mon enfant est inscrit au camp de jour de la Ville de Joliette

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 à campdejour@ville.joliette.qc.ca ou au 102, rue Fabre, Joliette (Québec) J6E 9E3.

1. Informations personnelles

Prénom et nom :		Date de naissance :	
Inscription au service de garde (inclus dans le prix de base)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, pour quelle(s) période(s)?	<input type="checkbox"/> 7h à 9h <input type="checkbox"/> 15h30 à 16h00 <input type="checkbox"/> 7h30 à 9h <input type="checkbox"/> 15h30 à 16h30 <input type="checkbox"/> 8h à 9h <input type="checkbox"/> 15h30 à 17h00 <input type="checkbox"/> 8h30 à 9h <input type="checkbox"/> 15h30 à 17h30
Inscription aux camps spécialisés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, pour le(s)quelle(s)?	<input type="checkbox"/> Théâtre et sorcellerie (5-7 ans) 26 au 30 juin <input type="checkbox"/> Immersion cirque (8-12 ans) 26 au 30 juin <input type="checkbox"/> Danse (5-7 ans) 3 au 7 juillet <input type="checkbox"/> Improvisation théâtrale (8-12 ans) 3 au 7 juillet <input type="checkbox"/> Magie (5-7 ans) 10 au 14 juillet <input type="checkbox"/> Danse (8-12 ans) 10 au 14 juillet <input type="checkbox"/> Les arts du cirque (5-7 ans) 17 au 21 juillet <input type="checkbox"/> Devenir magicien (8-12 ans) 17 au 21 juillet <input type="checkbox"/> Apprenti scientifique (5-7 ans) 7 au 11 août <input type="checkbox"/> Escalade (8-12 ans) 7 au 11 août <input type="checkbox"/> Zoo académie (5-7 ans) 14 au 18 août <input type="checkbox"/> Scientifique (8-12 ans) 14 au 18 août <input type="checkbox"/> Natation (8-12 ans) 14 au 18 août

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 le niveau d'assistance (1-2-3) :
<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 <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres (précisez) :
<input type="checkbox"/> Diabète	Précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :

3. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio 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 à l'école ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisions : _____	

4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	Précisez la sévérité : 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 <input type="checkbox"/>
Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

5. 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-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____
_____ Prescrit(s) pour : _____

Initiales du parent confirmant la lecture :

6. 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 tête/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Pipi au lit	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
<input type="checkbox"/> Somnambulisme (marche dans son sommeil)	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
<input type="checkbox"/> Varicelle	
A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : Raison : Résultats :	
A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
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/chien-guide <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

Initiales du parent confirmant la lecture :

7. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il des particularités sensorielles ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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		
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"/> Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		

Initiales du parent confirmant la lecture :

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.) : _____

8. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul <input type="checkbox"/> Nage seul avec une veste de flottaison individuelle	<input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <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? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

Initiales du parent confirmant la lecture :

9. 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 <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Mains animées				
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 (a-t-il conscience du danger ?)				
Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
	Si besoin d'équipement pour les déplacements :				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :				
Méthode de transfert : <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 <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) : _____		Autres : <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			

10. 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.

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Ville de Joliette et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Autorisation de communiquer des renseignements	<p>1. Par la présente, j'autorise les responsables du camp de jour et les intervenant(e)s du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSLan) à entrer en contact afin de s'échanger des informations entourant la participation de mon enfant au camp de jour.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas Nom(s) de(s) intervenant(e)s : _____</p>
Autorisation de communiquer des renseignements	<p>2. Par la présente, j'autorise les responsables du camp de jour et le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) à entrer en contact afin de s'échanger des informations en lien avec la participation de mon enfant au camp de jour.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas École : _____ Groupe : _____ Nom(s) de(s) personne(s) à contacter : _____ _____</p>

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature _____

Autorisation valable du 1^{er} mai 2023 au 30 septembre 2023

Veillez 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.

Initiales du parent confirmant la lecture :