



Réservé à l'administration	
Groupe d'âge :	Jumelage : nom (s)

Camp de jour intermunicipal de Beaupré et Saint-Joachim 2020

Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant accompagné

Ce formulaire, dûment complété par le répondant de l'enfant, doit être retourné au Service des loisirs de la Ville de Beaupré (10 995, rue des Montagnards, G0A 1E0).
Date limite : 20 mars 2020 à 15 h.

1. IDENTIFICATION

a) L'enfant participant au programme

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone (résidence) _____ Âge _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe (F/M) _____

b) Les parents ou les répondants

Nom _____ Prénom _____ LIEN AVEC L'ENFANT _____

Téléphone (résidence) _____ Téléphone (cellulaire, bureau ou autre) _____

Nom _____ Prénom _____ LIEN AVEC L'ENFANT _____

Téléphone (résidence) _____ Téléphone (cellulaire, bureau ou autre) _____

c) Autre contact (en cas d'urgence)

Nom	Prénom	LIEN AVEC L'ENFANT
-----	--------	--------------------

Téléphone (résidence)

Téléphone (cellulaire, bureau ou autre)

d) Les ressources de l'enfant (intervenant, psychologue, éducateur (trice) spécialisé (e), travailleur (euse) social (e), orthophoniste, etc.)

1 - _____
Organisme (CRDI, IRDPQ, CSSS, ÉCOLE...) Intervenant Téléphone

2 - _____
Organisme (CRDI, IRDPQ, CSSS, ÉCOLE...) Intervenant Téléphone

3 - _____
Organisme (CRDI, IRDPQ, CSSS, ÉCOLE...) Intervenant Téléphone

2. ÉVALUATION DES MESURES À METTRE EN PLACE AFIN DE FACILITER LA PARTICIPATION DE L'ENFANT

2.1 Précisez la nature des limitations de l'enfant

Intellectuelle Légère Moyenne Sévère
Précisez : _____

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) Asperger TED non spécifié Autisme
Précisez : _____

Motrice Précisez : _____

Visuelle Précisez : _____

Auditive Précisez : _____

Trouble du langage et de la parole Expression Compréhension Mixte
Précisez : _____

Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) Avec hyperactivité Sans hyperactivité
Précisez : _____

Psychique (santé mentale) Précisez : _____

Comportement problématique Opposition Anxiété Agressivité Passivité
 Santé restrictive
Précisez : _____

(ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète)

Autre(s) Précisez : _____

2.2 Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?

Comportements	OUI	OCCASIONNELLEMENT	NON
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De quelle façon le moniteur à l'intégration doit intervenir en présence de l'un de ces comportements?

2.3 Évaluation du degré de supervision (

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin...

	Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Aucune aide
a) Autonomie				
Habillement (ex. :se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gérer ses effets personnels (ex. :boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<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"/>
b) 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, insertions, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 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"/>
d) Déplacement (si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante.)				
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aide à la mobilité	Oui	Non	Précisez	
Utilisation d'un fauteuil roulant				
Utilisation d'une marchette				
Utilisation d'une canne ou de béquilles				
f) Aide à la communication	Oui	Non	Précisez	
Utilisation de pictogramme, tableau, ordinateur				
Langage des signes				
Gestes				

2.4 L'enfant a-t-il des peurs ou des phobies ?

NON OUI Précisez : _____

2.5 Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, comme : sortie en autobus scolaire, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, randonnée en patins à roues alignées, camping, sortie prolongée (plus de 24 heures), fête populaire, etc. ?

2.6 Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant présentant une limitation (ex. : horaire imagé, pauses, carnet de route, récompenses, ciseaux adaptés, etc.) :

2.7 Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant?

2.8 Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période du mois de septembre à mai?

NON

OUI Précisez : _____

Si oui, a-t-il les services d'un accompagnateur ou autre pour participer à cette activité?

NON OUI

Si oui, indiquez le nom et le numéro de téléphone de cette personne :

2.9 Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au Camp de jour de Beupré et Saint-Joachim?

OUI

NON

Quel était le nom du dernier accompagnateur? _____

Je désire, si possible, le même accompagnateur : OUI NON

3. SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT OU TUTEUR

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du service de soutien à la participation à **contacter les personnes ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire**, et ce, afin d'obtenir des informations complémentaires. Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation de mon enfant au **Camp de jour de Beupré et Saint-Joachim**.

Signature

Date (jj/mm/aaaa)