



<b>Réservé à l'administration</b>	
<b>Groupe d'âge :</b>	<b>Jumelage : nom (s)</b>

## 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
<b>a) Autonomie</b>				
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>b) Participation aux activités</b>				
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"/>
<b>c) Communication</b>				
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"/>
<b>d) Déplacement</b> (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"/>
<b>e) Aide à la mobilité</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Précisez</b>	
Utilisation d'un fauteuil roulant				
Utilisation d'une marchette				
Utilisation d'une canne ou de béquilles				
<b>f) Aide à la communication</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Précisez</b>	
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)