

SERVICE

D'ACCOMPAGNEMENT

CAMP LES Z'ACTIFS 2019

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Ce formulaire, dûment rempli par le répondant de l'enfant, doit être retourné au plus tard le 22 avril 2019, 16 h 30, au Service des loisirs, des sports, de la culture et vie communautaire de la Ville de Sainte-Brigitte-de-Laval, par courriel à cdufour@sbdl.net.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Groupe d'âge : _____ Jumelage (nom) : _____

IDENTIFICATION DE L'ENFANT			
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville	Province Qc	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Âge	Sexe F M

IDENTIFICATION DES PARENTS OU DES RÉPONDANTS		
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (autres)	Courriel
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (autres)	Courriel

L'ENFANT		
A-t-il reçu un diagnostic :	OUI	NON
Si oui, lequel :		
Est-il en attente d'un diagnostic ?	OUI	NON
Si oui, lequel :		

LES RESSOURCES DE L'ENFANT (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)			
Nom	Titre	Téléphone (poste)	Centre
Nom	Titre	Téléphone (poste)	Centre

**ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION ET DES MESURES À METTRE EN PLACE POUR LA PARTICIPATION DE L'ENFANT
LORS DES SITUATIONS DE VIE ÉNONCÉES CI-DESSOUS, L'ENFANT A BESOIN :**

	AUTONOMIE			
	AIDE CONSTANTE	AIDE OCCASIONNELLE	SUPERVISION VERBALE	AUCUNE AIDE
Habillement (se vêtir, attacher ses souliers)				
Hygiène personnelle Précisez :				
Alimentation				
Prise de médicaments				
Gérer ses effets personnels				
Rester avec le groupe				
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				

	PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS			
	AIDE CONSTANTE	AIDE OCCASIONNELLE	SUPERVISION VERBALE	AUCUNE AIDE
Stimulation à la participation				
Interaction avec les adultes				
Interaction avec les autres enfants				
Fonctionnement en groupe				
Activité de motricité fine (bricolage, etc.)				
Activité de motricité globale (sports, jeux, ballon, etc)				
Baignade				

	COMMUNICATION			
	AIDE CONSTANTE	AIDE OCCASIONNELLE	SUPERVISION VERBALE	AUCUNE AIDE
Communication avec les autres				
Compréhension des consignes				
Se faire comprendre				

	DÉPLACEMENT (si votre enfant est en fauteuil roulant, passez à la question suivante)			
	AIDE CONSTANTE	AIDE OCCASIONNELLE	SUPERVISION VERBALE	AUCUNE AIDE
Marche en terrain accidenté				
Marche sur de longues distances				
Escaliers				
Autobus				

	AIDE À LA MOBILITÉ		
	OUI	NON	PRÉCISEZ
Utilisation d'un fauteuil roulant			
Utilisation d'une marchette			
Utilisation d'une canne ou de béquilles			

	AIDE À LA COMMUNICATION		
	OUI	NON	PRÉCISEZ
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur			
Langage des signes			
Gestes			

PRÉCISEZ LA NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT

Intellectuelle Légère Moyenne Sévère

Précisez : _____

Autisme et troubles envahissants du développement Asperger TED non spécifié Sévère

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 : _____

Santé restrictive (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) Précisez : _____

Autres Précisez : _____

ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

	EST-CE QU'IL ADOPTE LES COMPORTEMENTS SUIVANTS?		
	OUI	NON	OCCASIONNELLEMENT
Mord			
Crache			
Frappe			
Bouscule			
Crie			
Utilise un langage inapproprié			
S'oppose aux consignes et aux règles			
S'éloigne du groupe ou fugue			
Intolérance au bruit			
Éveil sexuel			
Brise le matériel			
Difficulté avec les transitions d'activités			
Difficulté à gérer les situations imprévues			
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels			
Inconfort tactile			
Autre :			

L'ENFANT A-T-IL DES PEURS OU DES PHOBIES ?

OUI NON Précisez : _____

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

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

c) Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant ?

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

OUI NON

Si oui, précisez : _____

Si oui, a-t-il les services d'un accompagnateur ou autres ressources pour y participer?

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

Nom

Téléphone

VOTRE ENFANT S'INSCRIT-IL POUR LA PREMIÈRE FOIS AU CAMP DE JOUR ?

OUI NON Si non, précisez le nom du camp de jour fréquenté : _____

Si non, votre enfant bénéficierait-il d'un service d'accompagnement? OUI NON

Si oui, précisez le nom de l'accompagnateur : _____

FRÉQUENTATION DE CAMPS DE JOURS

A déjà fréquenté un camp de jour : OUI NON

Accompagnement 1 pour 1 nécessaire : OUI NON

Groupe d'âge désiré au camp : 5-6 ANS 7-8 ANS 9-10 ANS 11-12 ANS

SIGNATURE

DATE

PRÉNOM ET NOM EN LETTRE MOULÉES

IMPORTANT : N'oubliez pas de remplir l'annexe (page suivante) avant d'envoyer votre formulaire.

À IMPRIMER ET À SIGNER

ANNEXE
TABLEAU DE FRÉQUENTATION
ÉTÉ 2019-02-06

***Veuillez remplir ce tableau en indiquant les heures d'arrivée et de départ afin que nous puissions planifier les disponibilités du personnel en fonction des besoins de votre enfant.**

HORAIRE CAMP DE JOUR

9 h à 16 h

SERVICE DE GARDE

AM - 6 h 45 à 9 h

PM - 16 h à 18 h

CAMP DE JOUR	SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	SEM. 4	SEM. 5	SEM. 6	SEM. 7	SEM. 8
AM								
PM								
TOTAL DES HEURES								

SERVICE DE GARDE		SEM. 1	SEM. 2	SEM. 3	SEM. 4	SEM. 5	SEM. 6	SEM. 7	SEM. 8
LUNDI	AM								
	PM								
MARDI	AM								
	PM								
MERCREDI	AM								
	PM								
JEUDI	AM								
	PM								
VENDREDI	AM								
	PM								
TOTAL DES HEURES									