

## FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS - ADOS

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 1<sup>er</sup> mai 2019

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

|                  |   |                                  |  |
|------------------|---|----------------------------------|--|
| Nom de famille : |   | Prénom                           |  |
| Sexe :           | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : |  |

### 2. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

|  |   |
|--|---|
| Votre enfant a-t-il fréquenté un camp de jour à l'été 2018 :     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| Quel site fréquentait-il :                                       |   |
| Bénéficiait-il d'un accompagnement :                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| Si oui, avec quel ratio :  | <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 scolaire? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| Si oui, avec quel ratio :  | <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre |

### 3. 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<br>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<br>précisez :                             |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) | <input type="checkbox"/> Avec hyperactivité (TDAH) <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité (TDA)<br>précisez :                                  |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la 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 <input type="checkbox"/> Anxiété<br>Autres précisez : |
| <input type="checkbox"/> Diabète                      | précisez :  |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie                    | précisez :  |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.) | précisez :  |

#### 4. SITUATION DE SANTÉ

|  |  |
|--|--|
| Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible<br><input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité<br><input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche | Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible<br><input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles)<br><input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement |
|--|--|

#### 5. ÉVALUATION DE L'ATTITUDE ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

| Est-ce que votre enfant adopte les comportements suivants?                    |                              |                              |                          |                          |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| COMPORTEMENTS   | FRÉQUEMMENT                  | PARFOIS                      | RAREMENT                 | JAMAIS                   |
| Mord  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crache  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frappe  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bouscule  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crie  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Automutilation  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement de nez   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilise un langage inapproprié  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opposition aux consignes et aux règles  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'éloigne du groupe (fugue)   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brise le matériel   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intolérance au bruit  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éveil sexuel  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Précisez :  |                              |                              |                          |                          |
| Menstruations   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |
| Difficulté avec les transitions d'activités                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à gérer les situations imprévues                                   | <input type="checkbox"/>     | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inconfort tactile (n'aime pas être touché)                                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un autre enfant de son âge | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A le mal des transports                      |                          |                          |                          |                          |
| Souffre de maux de têtes/migraines fréquents |                          |                          |                          |                          |
| Autre :                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 6. DEGRÉ D'AUTONOMIE

| Lors de ses situations, votre enfant a besoin : |  | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Autonome |
|---|--|----------------|--------------------|---------------------|----------|
| Communication                                   | Communication avec les autres  |                |                    |                     |          |
|   | Compréhension des consignes  |                |                    |                     |          |
|   | Se faire comprendre  |                |                    |                     |          |
|   | A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation?  |                |                    |                     |          |
|   | Aides à la communication utilisée :<br><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<br><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<br>Précisez (cathéter, couches, etc.)  |                |                    |                     |          |
|   | Alimentation   |                |                    |                     |          |
|   | Prise de médicaments   |                |                    |                     |          |
|   | Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)   |                |                    |                     |          |
|   | Rester avec le groupe  |                |                    |                     |          |
|   | Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)   |                |                    |                     |          |
| Déplacements                                    | Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie)<br><input type="checkbox"/> Marche en terrain accidenté   |                |                    |                     |          |
|   | <input type="checkbox"/> Marche sur de longue distance   |                |                    |                     |          |
|   | <input type="checkbox"/> Escalier  |                |                    |                     |          |
|   | Aide à la mobilité   |                |                    |                     |          |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Utilisation d'un fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                          |
| Utilisation d'une marchette       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                          |
| Utilisation canne(s) / béquilles  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                          |
| En sortie / longues distances ?   | <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) : |

## 7. CAPACITÉS AQUATIQUES

|   |   |
|---|---|
| <p>Autonomie dans l'eau :</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI</p> <p><input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas nager</p> <p><input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons</p> <p>Si l'enfant est épileptique, discutez avec nous pour le port du VFI.</p> | <p>Votre enfant a-t-il suivi des cours de natation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quel est le dernier niveau de natation complété :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|

## 8. AUTRES

Toutes autres informations au sujet de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part afin de faciliter son intégration au camp :

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Merci de votre collaboration,  
L'équipe des Loisirs du Faubourg