

Camp de jour de la Ville de Bromont

Fiche d'évaluation des besoins pour le programme d'accompagnement



Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de 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 au loisirs@bromont.com avant le 14 mai de l'année en cours.

1. COORDONNÉES DU PARENT OU TUTEUR

Prénom :	
Nom de famille :	
Numéro de téléphone :	
Adresse courriel :	
Adresse postale :	

2. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	

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 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 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 :
---	------------

4. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut-être <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 (ex.: l'enfant peut être dans un groupe, mais avec une petite attention particulière)
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur/intervenant durant l'année? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CPE ou garderie <input type="checkbox"/> Service de garde <input type="checkbox"/> (préciser le ratio) : <input type="checkbox"/> Accompagnement en classe régulière <input type="checkbox"/> Activité parascolaire <input type="checkbox"/> Classe scolaire spécialisée <input type="checkbox"/> Camp de jour <input type="checkbox"/>	
Nom de l'intervenant en milieu scolaire :	
Coordonnées de l'intervenant :	Nom de l'école :

5. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	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"/>
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)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

6. 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, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non

Si oui, lequel(s) : _____

Prescrit(s) pour : _____

7. 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 têtes/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	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
<input type="checkbox"/> Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreillons	Date : _____ Raison : _____
<input type="checkbox"/> Scarlatine	Résultats : _____
<input type="checkbox"/> Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	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 <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

8. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

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

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		

<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
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 de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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.) : _____

9. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <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 :

10. 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 utilisée : <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 (conscience du danger)				
Déplacements	Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie)				
	<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				
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
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) : _____		

11. AUTORISATION D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS DU DOSSIER

Nom et prénom de l'enfant :	
Adresse complète :	
Numéro d'assurance maladie :	Expiration :
Nom et prénom de la mère :	Nom et prénom du père :
Nom et prénom du tuteur, s'il y a lieu :	Lien avec l'enfant :

Je soussigné, _____, autorise les établissements suivant : Commission scolaire du Val-des-Cerfs (CSVDC), Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle (CRDI), le CSSS Haute-Yamaska ou tout autre organisme pertinent à présenter aux Service des loisirs, des sports, de la culture et de la vie communautaire de la Ville de Bromont, pour le programme d'accompagnement, composé de représentants des établissements mentionnés ci-dessus, les renseignements (fiche d'évaluation des besoins) pour la participation de _____ (nom de l'enfant) au programme d'accompagnement du camp de jour de la Ville de Bromont. Ces fiches seront remises au coordonnateur des camps de jour.

J'autorise également la Ville de Bromont à transmettre aux organismes ou aux établissements mentionnés ci-dessus les documents bilans hebdomadaires et le bilan de fin d'été de l'enfant. Cette autorisation est valable pour l'année en cours seulement.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts.

Signature (personne autorisée (père, mère, tuteur)) : _____ Date : _____

Section réservée à l'intervenant de l'enfant

Cette section doit être remplie par un intervenant provenant d'un organisme (CSVDC, CRDI, CSSS, etc.) si possible.

12. RECOMMANDATION DE L'INTERVENANT RÉFÉRANT

Ratio recommandé : <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/5 <input type="checkbox"/> Autre :	
Précisions :	
Nombre de semaines maximum recommandé :	
Participation : <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel Si à temps partiel, nombre de jours maximum par semaine recommandé :	
Nombre d'heures par jour recommandé : <input type="checkbox"/> de 9h à 16h <input type="checkbox"/> en matinée seulement <input type="checkbox"/> en après-midi seulement <input type="checkbox"/> Autre :	
Groupe d'âge recommandé : <input type="checkbox"/> 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-8 ans <input type="checkbox"/> 9-10 ans <input type="checkbox"/> 11-12 ans	
Service de garde recommandé : <input type="checkbox"/> Accompagnement, ratio 1 pour 1 <input type="checkbox"/> Accompagnement, ratio 1 pour 2	
Autres détails :	
Nom de l'intervenant référent :	
Nom de l'organisme :	
Coordonnées :	
Signature de l'intervenant :	Date :