



**PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT AU CAMP DE JOUR
FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT**

Ce formulaire dûment rempli doit être acheminé au plus tard le **29 mars 2024** au bureau municipal de Saint-Pierre-de-l'Île-d'Orléans, par courriel à l'adresse campdejour@stpierreio.ca ou encore par la poste ou en personne à l'adresse 515, route des Prêtres, Saint-Pierre-de-l'Île-d'Orléans, Qc, GOA 4E0.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom de l'enfant	Sexe F/M	Date de naissance
-----------------	----------	-------------------

2. IDENTIFICATION DES PARENTS OU TUTEUR

MÈRE DE L'ENFANT		PÈRE DE L'ENFANT	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Tél. résidence		Tél. résidence	
Tél. travail		Tél. travail	
Cellulaire		Cellulaire	
Courriel		Courriel	
TUTEUR LÉGAL (s'il y a lieu)		AUTRE CONTACT EN CAS D'URGENCE	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Tél. résidence		Tél. résidence	
Tél. travail		Tél. travail	
Cellulaire		Cellulaire	
Courriel		Courriel	

3. RESSOURCES DE L'ENFANT (INTERVENANT, PSYCHOLOGUE, ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ, ETC.)

INTERVENANT		INTERVENANT	
Nom		Nom	
Organisme		Organisme	
Tél. travail		Tél. travail	
Cellulaire		Cellulaire	

4. ÉVALUATION DES MESURES À METTRE EN PLACE SELON LES BESOINS DE L'ENFANT

LIMITATIONS DE L'ENFANT			
Limitations intellectuelles	Légères	Moyennes	Sévères
<i>Précisez</i>			
Autisme	Asperger	TED non spécifié	Sévère
<i>Précisez</i>			
Limitations motrices			
<i>Précisez</i>			

Limitations visuelles			
<i>Précisez</i>			
Limitations auditives			
<i>Précisez</i>			
Trouble langage / parole	Expression	Compréhension	Mixte
<i>Précisez</i>			
Trouble déficitaire de l'attention TDA		Avec hyperactivité	Sans hyperactivité
<i>Précisez</i>			
Problèmes psychiques (santé mentale)			
<i>Précisez</i>			
Problèmes de santé restrictive (allergies, diabète, épilepsie, etc.)			
<i>Précisez</i>			
Autre			
<i>Précisez</i>			

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

Votre enfant adopte-t-il les comportement suivants?

TYPES DE COMPORTEMENTS	OUI	NON	À L'OCCASION
L'enfant mord les autres ou se mord lui-même			
L'enfant crache			
L'enfant frappe les autres ou se frappe lui-même			
L'enfant bouscule les autres			
L'enfant utilise un langage inapproprié			
L'enfant crie souvent			
L'enfant s'oppose aux consignes et aux règles			
L'enfant s'éloigne du groupe ou fugue			
L'enfant brise le matériel			
L'enfant a une intolérance aux bruits			
L'enfant est éveillé sexuellement			
L'enfant a des difficultés avec les transitions d'activités			
L'enfant a des difficultés à gérer les situations imprévues			
L'enfant a des difficultés à déroger de ses routines			
L'enfant a un inconfort tactile, n'aime pas être touché			

Autre, précisez

De quelle façon l'accompagnateur doit intervenir en présence de l'un de ces comportements?

DEGRÉ D'AIDE DANS LES ACTIVITÉS ET SITUATIONS	Aide constante	Aide à occasion	Supervision verbale	Aucune aide
AUTONOMIE				
Habillement (se vêtir, attacher ses souliers etc.)				
Hygiène personnelle (lavage des mains, toilette, etc.)				
Alimentation (repas et collations)				
Prise de médicament				
Gestion des effets personnels (boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
Respect des consignes de rester avec le groupe				
Évitement des situations dangereuses				
PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS				
Stimulation à la participation				
Interaction avec les adultes				
Interaction avec les autres enfants				
Fonctionnement en groupe				
Activités de motricité globale (sports, jeux, ballon, etc.)				
Activités de baignade				
COMMUNICATION				
Communication avec les autres				
Compréhension des consignes				
Habilité à se faire comprendre				
DÉPLACEMENT				
Marche en terrain accidenté				
Marche sur une longue distance				
Monter et descendre les escaliers				
Monter et descendre de l'autobus				

AIDE À LA MOBILITÉ	OUI	NON
L'enfant utilise un fauteuil roulant		
L'enfant utilise une marchette		
L'enfant utilise une canne ou des béquilles		
Autre, précisez		

AIDE À LA COMMUNICATION	OUI	NON
L'enfant utilise des pictogrammes, tableau ou ordinateur		
L'enfant utilise le langage des signes		
L'enfant utilise des gestes pour communiquer		
Autre, précisez		

L'enfant a-t-il des peurs, des phobies? Si oui, précisez

Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à certaines activités comme une sortie en autobus, la piscine, la randonnée en vélo, la randonnée pédestre, etc?

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

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

ACTIVITÉS DE LOISIRS	OUI	NON
Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisirs?		
Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un service d'accompagnement?		
Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au camp de jour de St-Pierre?		

Si votre enfant a déjà bénéficié d'un service d'accompagnement, veuillez inscrire les coordonnées du ou des accompagnateurs au cours des 24 derniers mois.

ACCOMPAGNATEUR	
Nom	
Organisme	
Tél. travail	
Cellulaire	

ACCOMPAGNATEUR	
Nom	
Organisme	
Tél. travail	
Cellulaire	

6. AUTORISATION ET SIGNATURE 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 d'accompagnement 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 Saint-Pierre-de-l'Île-d'Orléans.

Nom du parent ou tuteur	
Signature	
Date	