



CCSE Maisonneuve – Club des Pirouettes

Fiche d'évaluation des besoins

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettent d'évaluer les besoins de votre enfant.

Notez que ce document n'est pas une inscription.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

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

2. 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	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 précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	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 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 :

3. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avait-il un accompagnateur(trice)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Info : _____
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 : _____	
Selon vous, dans quel groupe d'âge votre enfant s'intégrerait le mieux ? <input type="checkbox"/> 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-8 ans <input type="checkbox"/> 9-12 ans	
Va-t-il à l'école ? Si oui laquelle? _____ Nom du/de la professeur : _____	
Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.) Nom du/de la professionnel(le) : _____ Titre : _____ Téléphone (incluant le numéro du poste) : _____ Nom du/de la professionnel(le) : _____ Titre : _____ Téléphone (incluant le numéro du poste) : _____ <input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant.	

4. 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)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

5. 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 : _____

6. 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	

7. 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 se désorganiser? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Quels sont les déclencheurs? (bruits,objet,situations)	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 ?? (ex : animaux, eau, vertige, etc.) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ?		S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
A-t-il (elle) de la difficulté à exprimer ses sentiments ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
A-t-il (elle) de la difficulté sentiments à demander de l'aide? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
A-t-il (elle) de la difficulté à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Quels sont ses difficultés?			
Quels sont ses forces?			
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?			
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?	<input type="checkbox"/> Sociaux <input type="checkbox"/> Verbaux <input type="checkbox"/> Alimentaires Précisez :		

Est-ce qu'il y a des apprentissages ou habiletés qu'il faudrait continuer de renforcer pendant le camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Relation avec les autres - Comment interagit-il ou interagit-elle avec :	
Ses pairs	
Les détenteurs d'autorité	
Les nouvelles personnes	
Transport - Comment l'enfant réagit-il dans les transports en commun?	
Bus	
Métro	
L'enfant utilise-t-il le service du transport adapté ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information : _____	

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.) : _____

8. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul(e) en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul (e) en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul (e) 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 Autres : _____
A-t-il / a-t-elle suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété :

9. 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 utilisés : <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	Habillage (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) :				
Covid					
Comment réagit-il face à la covid? <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Aucune réaction <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Comment réagit-il au port du masque? (Lui (elle) / les autres) _____ Autres (désinfectant, distanciation, etc.) : _____		Autres <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			