



## FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie!

Dans le cas où votre enfant fréquenterait nos camps de jour, seules les informations pertinentes seront divulguées à nos animateurs et leur supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété avant le début du camp de jour via l'adresse courriel suivante : [info@loisirsstbrunodelaval.com](mailto:info@loisirsstbrunodelaval.com)

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :	Nom de Famille :
Adresse :	Date de naissance :
Âge au 25 juin 2024 :	Numéro de téléphone :
Prénom du parent :	Nom de Famille du Parent :
Courriel :	

### 2. HISTORIQUE

Votre enfant est-il à sa première année de camp de jour?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il fréquenté les camps de jour des Loisirs St-Bruno l'an dernier?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été dernier?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____
Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier à l'école ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel type de suivi a-t-il? (Ex : orthopédagogue, psychoéducateur, etc.)	Précisez :
Est-ce que votre enfant est dans une classe spécialisée durant l'année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, est-ce que l'enfant possède un accompagnateur en tout temps durant l'année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



### 3. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 4. RESSOURCES DE L'ENFANT

Est-ce que votre enfant bénéficie des services d'un intervenant spécialisé? (Ex : psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : _____
---	---

### 5. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable et apportez des précisions au diagnostic s'il y a lieu.

DIAGNOSTIC	NATURE DES LIMITATIONS	PRÉCISIONS
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> Autisme	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice, visuelle ou auditive	<input type="checkbox"/> Motrice (chaise roulante, etc.) <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive	
<input type="checkbox"/> Trouble du langage-parole	<input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Expression	
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité	<input type="checkbox"/> Avec manifestations <input type="checkbox"/> Sans manifestations <input type="checkbox"/> Avec impulsivité	



<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Passivité	
<input type="checkbox"/> Trouble moteur	<input type="checkbox"/> Dyspraxie <input type="checkbox"/> Modulo-sensorielle <input type="checkbox"/> Coordination des mouvements	
<input type="checkbox"/> Dysphasie	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère	
<input type="checkbox"/> Diabète		
<input type="checkbox"/> Épilepsie		
<input type="checkbox"/> Autres		

## 6. ATTITUDE ET COMPORTEMENTS

	Précisez ...
Doit-on porter attention à certains comportements ? (Ex : agressivité, anxiété, crises, fugues, difficulté avec les transitions d'activités ou imprévus, automutilation, etc.)	
De quelle façon suggérez vous d'intervenir, s'il y a lieu?	
Quelle est la fréquence du comportement? (Fréquemment, occasionnelle, rarement)	



## 7. FORCES, INTÉRÊTS ET PARTICIPATION DE L'ENFANT

Quelles sont ses forces ?	
Quelles sont ses centres d'intérêts, passe-temps et/ou loisirs?	
Comment interagit-il avec : Les autres enfants? Les personnes d'autorité? Les nouvelles personnes ?	
Quels sont les meilleurs moyens pour faciliter sa participation aux activités ?	
Quels éléments pourraient nuire à sa participation aux activités durant la journée régulière de camp de jour ?	

## 8. AUTONOMIE

Cochez le degré d'autonomie qui s'applique

	Peu autonome	Aide occasionnelle	Autonome
Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides à la communication préférable	<input type="checkbox"/> pictogrammes <input type="checkbox"/> tableau <input type="checkbox"/> gestes <input type="checkbox"/> mains animées <input type="checkbox"/> autres : _____		
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Habillement (se vêtir, attacher ses souliers, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conscience du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT

Le formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant permet à nos moniteurs de mieux comprendre les besoins de l'enfant durant son été avec nous. Soucieux d'offrir une expérience enrichissante et un environnement sécuritaire, tant aux enfants qu'aux animateurs, les loisirs St-Bruno rappelle qu'il est primordial que ses actions demeurent à l'intérieur de ses limites, de ses compétences et de ses connaissances. Il en va de la survie de notre mission. Selon l'évaluation, notre formulaire permet de mettre en place des accommodements, sans toutefois dénaturer l'offre de service du camp de jour. Il est alors possible que nous ne soyons dans l'incapacité de fournir à votre enfant une intégration du même niveau qu'un camp spécialisé. Si, en cours d'été, l'intégration s'avère difficilement réalisable, les loisirs St-Bruno se réserve le droit de refaire l'analyse de la situation et de revoir les possibilités de fréquentation de l'enfant.

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et véridiques, et j'autorise à ce que l'information soit partagée aux animateurs responsables.

---

(Nom, Prénom)

---

(Date)

---

(Signature)