



# Camp de jour de Napierville & Saint-Cyprien



## Formulaire de demande d'accompagnement

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	
Est-ce que l'enfant a un accompagnateur ou éducateur durant l'année? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, autorisez-vous l'échange d'information entre le camp de jour et l'intervenant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom et téléphone :			
Mon enfant ira au camp durant les semaines : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Service de garde <input type="checkbox"/>			

### 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 :
<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 - Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité - Précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	- Précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	- Précisez :
<input type="checkbox"/> Autres (Trisomie 21, etc...)	- Précisez :

### 3. RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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"/>

### 4. VUE ET AUDITION

VUE	AUDITION
<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible	<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	<input type="checkbox"/> Appareils auditifs (2 oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

## 5. COMPORTEMENT ET INTÉRÊT

Comportement	Contexte dans lequel les comportements risquent de surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir (ignorer, rediriger, humour, etc.)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Anxiété	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Automutilation	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Fugues	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Habitudes ou manies particulières	Précisez :	Précisez :
<input type="checkbox"/> Autres	Précisez :	
A-t-il tendance à faire des crises?  Oui                      Non	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitations, isolements, etc.) Précisez :	Quels sont les interventions efficaces à utiliser en cas de crises? Précisez :
A-t-il des phobies et/ou des peurs?	Si oui, lesquels et comment intervenir à ce sujet?	

A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation?		S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités ou expérience?	
Oui	Non	Oui	Non
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps, loisirs?	Précisez :		
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager et le motiver?	Précisez :		
<b>Relation avec les autres – comment interagit-il avec :</b>			
Ses pairs	Précisez :		
L'autorité	Précisez :		
Les nouvelles personnes	Précisez :		

## 6. COMMUNICATION

	Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aide à la communication utilisé</b>				
<input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Tableau		<input type="checkbox"/> Ordinateur/tablette	
<input type="checkbox"/> Langue des signes	<input type="checkbox"/> Gestes		<input type="checkbox"/> Mains animés	

## 7. PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

	Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (Sports, jeux, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillement (Linge, soulier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (Boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (Conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courts déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				
Longs déplacements (Sorties)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :				

