Camp les 4 fers en l’air

FICHE D’ÉVALUATION DES BESOINS

D’ACCOMMODEMENT / D’ACCOMPAGNEMENT

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété

**avant le 15 avril 2024 par courriel à :** admin@les4fersenlair.com

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

1. **IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

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

**2. ACCOMPAGNEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il besoin d’un accompagnateur ? Oui □ Non □ | Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d’encadrement qui lui convient ? □ 1/1 □ 1/2 □ 1/3 □ Autre :  |
| Est-ce que l’enfant a un accompagnateur durant l’année ? Oui □ Non □ |

**3. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui □ Non □Précisez :­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Précisez la sévérité :Intolérance □Allergie légère □Allergie sévère □Allergie mortelle □Allergie si ingestion seulement □Allergie au contact □ |
| Signes ou symptômes à surveiller : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Auto-injecteur d’*Épinéphrine* (*Épipen*, *Twinject* ou autre) Oui □ Non □ | Personnes autorisées à l’administrer :L’enfant lui-même □ Adulte responsable □  |
| Restrictions alimentaires (autres que des allergies)?Oui □ Non □ | Précisez :  |
| Comment mange-t-il? Facilement □ Difficilement □ Peu d’appétit □ |

**4. 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 :

**5. SITUATION DE SANTÉ**

Cochez ce qui est applicable :

|  |  |
| --- | --- |
| Situation de santé | Précisions, actions à prendre, etc. |
| □ | Asthme |  |
| □ | Constipation |  |
| □ | Diarrhée |  |
| □ | Eczéma |  |
| □ | Insomnie |  |
| □ | Mal des transports |  |
| □ | Maux de têtes/migraines fréquents |  |
| □ | Menstruations |  |
| □ | Nausées fréquentes / Vomissements |  |
| □ | Otites fréquentes |  |
| □ | Pipi au lit |  |
| □ | Problèmes cardiaques |  |
| □ | Problèmes cutanés |  |
| □ | Saignement de nez |  |
| □ | Sinusites |  |
| □ | Somnambulisme |  |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes? | A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?  |
| □ Varicelle  | Oui □ Non □  |
| □ Oreillons  | Date : Raison : |
| □ Scarlatine  | Résultats : |
| □ Rougeole  | A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui □ Non □ |
| □ Autres (préciser) : | Maladies chroniques ou récurrentes? Oui □ Non □ |
| Vaccins à jour? Oui □ Non □ | Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Vue : □ Excellente □ Suffisante □ Faible□ Lunettes / verres de contact □ Cécité □ Guide-accompagnateur □ Canne blanche | Audition : □ Excellente □ Suffisante □ Faible□ Appareils auditifs (deux oreilles)□Oreille droite uniquement □ Oreille gauche uniquement |

**6. 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 ?** |
| □ | Agressivité envers lui-même |  |  |
| □ | Agressivité envers les autres |  |  |
| □ | Anxiété |  |  |
| □ | Automutilation |  |  |
| □ | Fugues |  |  |
| □ | Habitudes ou des manies particulières(Acceptées ou non) |  |  |
| □ | Autres (précisez) |  |  |
| A-t-il tendance à vivre des situations de désorganisation?Oui □ Non □ | 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 □ Non □ | 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 □ Non □ | S’adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences?Oui □ Non □ |
| 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?

Par exemple, des changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières ou autre.

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.) :

**7. CAPACITÉS AQUATIQUES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Autonomie dans l’eau :**□ Nage seul en eau profonde □ Nage seul en eau peu profonde □ Nage seul avec VFI  | □ Besoin d’accompagnement □ Ne sait pas nager□ 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 □ Non □ | Dernier niveau de natation complété :  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. DEGRÉ D’AUTONOMIE** | Aideconstante | Aideoccasionnelle | Supervision verbale | Autonome |
| Communication | Communication avec les autres |  |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |  |
| Se faire comprendre |  |  |  |  |
| Aides à la communication utilisés :  □ Pictogrammes □ Tableau □ Ordinateur □ Langue des signes du Québec (LSQ) □ Gestes □ 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)□ Fauteuil manuel |  |  |  |  |
| □ Fauteuil motorisé |  |  |  |  |
| □ Poussette adaptée |  |  |  |  |
| □Canne(s) / béquilles |  |  |  |  |
| □ Déambulateur |  |  |  |  |
| □ Autonome (marche) |  |  |  |  |
| En sortie / longues distances ?□ identique □ différent (précisez) :  |  |  |  |  |
| Méthode de transfert □ Avec le soutien de deux personnes □ Utilise un lève-personne □ Pivote pour transfert (debout avec support) □ Transfert au même niveau□ Autre (décrivez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Autres□ Orthèses tibiales□ Orthèses poignets □ Corset □ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**9. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS\*\***

(Poser ces questions seulement si vous êtes un camp spécialisé dans l’accueil de clientèles à besoins particuliers OU si la situation l’exige)

Cochez ce qui est applicable :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Déficience intellectuelle | □ Légère □ Moyenne □ Sévère |
| précisez :  |
| □ | Trouble du spectre de l’autisme (TSA) | précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :  |
| □ | Déficience motrice | précisez :  |
| □ | Déficience visuelle | précisez :  |
| □ | Déficience auditive | précisez :  |
| □ | Trouble langage-parole | □ Expression □ Compréhension □ Mixte |
| précisez :  |
| □ | Trouble déficitaire de l’attention  | □ Avec hyperactivité □Sans hyperactivité |
| (TDA/TDAH) | précisez :  |
| □ | Santé mentale | □ Anxiété □ Trouble de l’attachement □ TOC □ Dépression  |
| Autres, précisez : |
| □ | Trouble du comportement | □ Opposition □ Agressivité □ Passivité |
| Autres précisez :  |
| □ | Diabète | précisez :  |
| □ | Épilepsie | précisez :  |
| □ | Autre(s) (Trisomie 21, etc.) | précisez :  |

**10. ANALYSE ET SOLUTIONS POUR UNE INTÉGRATION RÉUSSIE**

Selon les éléments à considérer, sélectionnez dans la section 3, les options sélectionnées pour accommoder l’enfant ayant des besoins particuliers. Identifiez les coûts relatifs aux accommodements, la ou les personnes responsables de l’accommodement et les méthodes que cette personne devra mettre en place.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Élément particulier à l’enfant** | **Accommodements choisis** | **Coût (s’il y a lieu)** | **Personne responsable de l’accommodement choisi** | **Défi et/ou méthode à privilégier** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Communiquez ces informations aux personnes concernées pour s’assurer d’une cohérence.