Boischatel
De nature exceptionnelle

Programme d'accompagnement en loisirs
Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant

Ce formulaire, dûment rempli par le répondant de l'enfant, doit être **retourné au plus tard le 15 mars** au service des loisirs et de la culture de Boischatel, par la poste ou en personne, dans une enveloppe cachetée avec l'indication quant à la nature de l'envoi **CONFIDENTIEL** au 45, rue Bédard, Boischatel (Québec) G0A 1H0 ou par courriel à l'adresse fredericgiguere@boischatel.net.

Réservé à l'administration

Groupe d'âge : Jumelage (nom) :

1. Identification de l'enfant

Prénom et nom : Sexe (F/M) : Date de naissance :

2. Identification des parents ou du tuteur

Mère

Prénom et nom :
Adresse :

Téléphone résidence :
Téléphone bureau :
Cellulaire :
Courriel :

Père

Prénom et nom :
Adresse :

Téléphone résidence :
Téléphone bureau :
Cellulaire :
Courriel :

Tuteur légal (s'il y a lieu)

Prénom et nom :
Adresse :

Téléphone résidence :
Téléphone bureau :
Cellulaire :
Courriel :

Autres contacts en cas d'urgence (autres que les parents)

Prénom et nom :
Téléphone :
Lien avec l'enfant :

Prénom et nom :
Téléphone :
Lien avec l'enfant :

3. Les ressources de l'enfant (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)

Nom de l'organisme :
Prénom et nom de l'intervenant :
Téléphone bureau : Cellulaire :

4. Évaluation des mesures à mettre en place afin de faciliter la participation de l'enfant

Précisez la nature des limitations de l'enfant
☐ Intellectuelle : ☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère Précisez :
☐ Autisme et troubles envahissants du développement (TED) : ☐ Asperger ☐ TED non spécifié ☐ Sévère Précisez :
☐ Motrice Précisez :
☐ Visuelle Précisez :
☐ Auditive Précisez :
☐ Trouble du langage et de la parole : ☐ Expression ☐ Compréhension ☐ Mixte Précisez :
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH) : ☐ Avec hyperactivité ☐ Sans hyperactivité Précisez :
☐ Psychique (santé mentale) Précisez :
☐ Santé restrictive (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète) Précisez :
☐ Autre(s) Précisez :

5. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Précisez la nature des limitations de l'enfant. Est-ce qu'il adopte les comportements suivants?	**OUI**	**NON**	**OCCASIONNELLEMENT**
Mord	☐	☐	☐
Crache	☐	☐	☐
Frappe	☐	☐	☐
Bouscule	☐	☐	☐
Crie	☐	☐	☐
Utilise un langage inapproprié	☐	☐	☐
S'oppose aux consignes et aux règles	☐	☐	☐
S'éloigne du groupe (fugue)	☐	☐	☐
Brise le matériel	☐	☐	☐
Intolérance au bruit	☐	☐	☐
Éveil sexuel	☐	☐	☐
Difficulté avec les transitions d'activités	☐	☐	☐
Difficulté à gérer les situations imprévues	☐	☐	☐
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	☐	☐	☐
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	☐	☐	☐
Autre :	☐	☐	☐

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

Évaluation du degré de supervision lors des situations de vie énoncés, l'enfant a besoin ...	**Aide constante**	**Aide occasionnelle**	**Supervision verbale**	**Aucune aide**
Autonomie				
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	☐	☐	☐	☐
Hygiène personnelle Présisez : _____	☐	☐	☐	☐
Alimentation (ex. : repas et collation)	☐	☐	☐	☐
Prise de médicaments	☐	☐	☐	☐
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos)	☐	☐	☐	☐
Rester avec le groupe	☐	☐	☐	☐
Éviter les situations dangereuses (Consigne du danger)	☐	☐	☐	☐
Participation aux activités				
Stimulation à la participation	☐	☐	☐	☐
Interaction avec les adultes	☐	☐	☐	☐
Interaction avec les autres enfants	☐	☐	☐	☐
Fonctionnement en groupe	☐	☐	☐	☐
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	☐	☐	☐	☐
Baignade	☐	☐	☐	☐
Communication				
Communication avec les autres	☐	☐	☐	☐
Compréhension des consignes	☐	☐	☐	☐
Se faire comprendre	☐	☐	☐	☐
Déplacement (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)				
Marche en terrain accidenté	☐	☐	☐	☐
Marche sur de longues distances	☐	☐	☐	☐
Escaliers	☐	☐	☐	☐
Autobus	☐	☐	☐	☐

Aide à la mobilité	OUI	NON	PRÉCISEZ
Utilisation d'un fauteuil roulant	☐	☐	
Utilisation d'une marchette	☐	☐	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	☐	☐	

Aide à la communication	OUI	NON	PRÉCISEZ
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	☐	☐	
Langage des signes	☐	☐	
Gestes	☐	☐	

L'enfant a-t-il des peurs ou des phobies?	OUI	NON	PRÉCISEZ
	☐	☐	

Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, comme sortie en autobus, piscine, canot, randonnée en vélo, 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, ciseaux adaptés, etc.).

Quels sont les forces et intérêts de l'enfant?

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période de septembre à mai?	OUI ☐	NON ☐

Si oui, présisez :

Si oui, a-t-il les services d'un accompagnateur et autre pour participer à ces activités?

Si oui, indiquez le nom et le numéro de téléphone de cette personne :

Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au camp de jour de Boischatel?	OUI ☐	NON ☐

Si non, votre enfant bénéficiait-il des services d'accompagnement?

Quel était le nom du dernier accompagnateur?

Désirez-vous, si possible, le même accompagnateur :

Signature et autorisation 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 Boischatel.

Signature **Date**

IMPRIMER ET SIGNER

Prénom et nom en lettre moulées

☐ **En inscrivant mon nom dans la case signature électronique ci-après, je confirme ma signature.**

Signature électronique

ENVOYER LE FORMULAIRE

Date **Heure**

IMPORTANT : N'oubliez pas de remplir l'annexe (page suivante) avant d'envoyer votre formulaire. Seules les demandes dûment complétées seront analysées.

Boischatel
De nature exceptionnelle

Annexe
Tableau de fréquentation
Été 2018

Identification de l'enfant

Veuillez remplir ce tableau en indiquant les heures d'arrivée et de départ afin que nous puissions planifier les disponibilités du personnel en fonction des besoins de votre enfant.

Horaire

Camp de jour	Service de garde
9 h à 16 h	AM = 7 h à 9 h
	PM = 16 h à 18 h

CAMP DE JOUR	Semaine 1	semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7
	02-juil	09-juil	16-juil	23-juil	30-juil	06-août	13-août
AM							
PM							
Total d'heures							

SERVICE DE GARDE	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7
	02-juil	09-juil	16-juil	23-juil	30-juil	06-août	13-août
Lundi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Mardi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Mercredi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Jeudi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Vendredi	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Total d'heures							

SERVICE DE GARDE	Jeudi	Vendredi
	29-juin	30-juin
	AM	AM
	PM	PM
Total d'heures		

NOTE