



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DES CAMPS ESTIVAUX

CAMP DE JOUR DORVAL ET CAMP AVENTURE ADOS

À noter que cette fiche n'est pas une fiche d'inscription et ne constitue donc pas l'inscription officielle de votre enfant. Veuillez compléter les sections qui sont applicables à votre enfant et retourner le formulaire complété à l'adresse courriel suivante : pa@ville.dorval.qc.ca

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom		Nom de famille	
Adresse		Numéro de téléphone	
Date de naissance		Âge	
Nom du parent/tuteur			
Numéro de téléphone		Courriel	

2. HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Camp de jour

Votre enfant est-il à sa première année d'un camp?	Oui	Non
Est-ce que vous avez remarqué des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé?	Oui	Non
Si oui, lesquels?		

Année scolaire

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier à l'école?	Oui	Non
Si oui, quel type de suivi a-t-il? (ex : orthopédagogue, orthophoniste, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée, etc.)		
Est-ce que votre enfant est dans une classe spécialisée durant l'année scolaire?	Oui	Non
Est-ce que votre enfant a un accompagnateur en tout temps durant l'année scolaire?	Oui	Non

3. DIAGNOSTIC DE L'ENFANT

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic?	Oui	Non
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic?	Oui	Non

4. INTERVENANT(S) DE L'ENFANT (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

	Ergothérapeute, physio-thérapeute, docteur, professeur, etc.	École (précisez le nom)	Autre (précisez)
Nom du professionnel			
Titre			
Téléphone (incluant le numéro du poste) et courriel			
Nom du professionnel			
Titre			
Téléphone (incluant le numéro du poste) et courriel			

☐ Aucun intervenant ne suit mon enfant

5. DIAGNOSTIC, BESOINS PARTICULIERS ET ÉTAT DE SANTÉ

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

DIAGNOSTIC		NATURE DES LIMITATIONS	PRÉCISIONS, S'IL Y A LIEU
☐ Déficience intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère		
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3		
☐ Déficience motrice, visuelle ou auditive	☐ Motrice ☐ Visuelle ☐ Auditive		
☐ Trouble du langage-parole	☐ Compréhension ☐ Expression ☐ Mixte		
☐ Trouble déficitaire de l'attention	☐ Avec hyperactivité ☐ Sans hyperactivité		
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition ☐ Agressivité ☐ Anxiété ☐ Passivité		
☐ Diabète			
☐ Épilepsie			
☐ Autres (spécifiez) :			

6. INTERVENTION PRIVILÉGIÉE

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

(Exemple : agressivité envers lui-même, agressivité envers les autres, anxiété, inconfort tactique, tendance à faire des crises, etc.)



7. ÉVALUATION DU NIVEAU DE SOUTIEN NÉCESSAIRE

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

Situations	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
Habillement (ex : se vêtir, attacher ses souliers)	☐	☐	☐	☐	☐
Hygiène personnelle (ex : toilette) Port de couches : Oui Non Précisez :	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation (ex : repas et collation) Précisez :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer ses effets personnels (ex : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Rester avec le groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	☐	☐	☐	☐	☐
Stimulation à la participation	☐	☐	☐	☐	☐
Interaction avec les adultes	☐	☐	☐	☐	☐
Interaction avec les autres enfants	☐	☐	☐	☐	☐
Fonctionnement du groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Baignade	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐

VIE AU QUOTIDIEN	Oui	Non	Précisez
Utilisation d'un fauteuil roulant			
Utilisation d'une marchette			
Utilisation d'une canne ou de béquilles			
Autre			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur			
Langage des signes			
Gestes			

8. FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Quelles sont ses forces?	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?	

9. RELATION AVEC LES AUTRES

Comment interagit-il avec :

Sa famille et ses amis?	
Ses pairs?	
Des personnes en autorité?	
De nouvelles personnes?	

10. PARTICIPATION

Quels sont les meilleurs moyens ou mesures pour faciliter sa participation?

Quels éléments pourraient nuire ou limiter la participation de votre enfant à une journée habituelle de camp de jour?

11. SERVICE DE GARDE

Oui

Non

Votre enfant utilisera-t-il le service de garde?

HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

Cochez les semaines que vous souhaiteriez inscrire votre enfant au camp de jour.

Ceci n'est pas une inscription, les informations servent uniquement à des fins de prévision pour l'administration.

SEMAINES AU CAMP DE JOUR DORVAL

Semaine 1 : 22 au 26 juin (fermé le 24 juin)

☐

Semaine 2 : 29 juin au 3 juillet (fermé le 1^{er} juillet)

☐

Semaine 3 : 6 au 10 juillet

☐

Semaine 4 : 13 au 17 juillet

☐

Semaine 5 : 20 au 24 juillet

☐

Semaine 6 : 27 au 31 juillet

☐

Semaine 7 : 3 au 7 août

☐

Semaine 8 : 10 au 14 août

☐

SEMAINES AU CAMP AVENTURE ADOS

Semaine 1 : 29 juin au 3 juillet (fermé le 1^{er} juillet)

☐

Semaine 2 : 6 au 10 juillet

☐

Semaine 3 : 13 au 17 juillet

☐

Semaine 4 : 20 au 24 juillet

☐

Semaine 5 : 27 au 31 juillet

☐

Semaine 6 : 3 au 7 août

☐

Semaine 7 : 10 au 14 août

☐

SIGNATURE ET AUTORISATION DU PARENT/TUTEUR :

Par la présente, nous autorisons la Cité de Dorval à communiquer avec les personnes-ressources mentionnées dans le présent formulaire pour tous renseignements nécessaires à l'étude et au suivi de la présente demande d'intégration pour

(Nom de l'enfant)

I est entendu que tous renseignements obtenus par le biais de documents ou de contacts avec les intervenants demeureront confidentiels et serviront uniquement dans le cadre de la présente démarche.

Ce formulaire demeurera ainsi confidentiel et sera consulté seulement par le personnel qui interagira avec votre enfant. Les informations précieuses qu'il contient nous permettront de préparer les éléments nécessaires à l'intégration du participant aux activités estivales, afin de lui faire vivre une expérience enrichissante.

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

Nom, prénom

Signature

Date

X

