



Fiche d'évaluation des besoins

Camp je bouge

Objectif

Le formulaire ci-dessus a pour objectif d'offrir aux enfants ayant besoin d'accompagnement la possibilité de participer, par leur intégration dans notre camp de jour, je bouge, à des expériences de jeux actifs et enrichissants.

Le service offert n'est pas un service spécialisé. Il s'agit d'un service d'intégration et d'inclusion au programme estival du camp de jour.

Clientèle cible

Enfants âgés de 5 à 12 ans ayant des besoins particuliers (physiques et/ou intellectuels) et qui nécessitent un accompagnement pour assurer leur bon fonctionnement au sein d'un groupe, dans lequel ils participeront au même titre que les autres enfants.

Rôle de l'accompagnateur

Le rôle de l'accompagnateur est :

- Favoriser la participation et l'intégration au sein d'un groupe en s'assurant du bon déroulement de la journée selon les capacités et les besoins de l'enfant;
- Être une figure d'autorité pour l'enfant afin de lui offrir l'encadrement nécessaire;
- Assurer la sécurité de l'enfant tout au long de son séjour au camp de jour

Nos accompagnateurs n'ont pas de formation supplémentaire dans le domaine de l'accompagnement. Ils ont un ratio d'un à trois enfants selon les besoins de l'enfant. Aucun frais supplémentaire ne vous sera chargé.

Critères d'admissibilité

- Tout enfant âgé entre 5 et 12 ans, résident dans nos villes membres (Saint-Jérôme, Sainte-Sophie, Saint-Colomban et Saint-Hyppolite) ou autre municipalité et inscrit au camp de jour : Je bouge, offert par les centres d'activités physiques Rivière-du-Nord ;
- Tout enfant dont les capacités physiques ou intellectuelles ou comportementales nécessitent les services d'accompagnement afin d'assurer sa sécurité et son bon fonctionnement au sein d'un groupe ;

- Satisfaire aux critères établis par les centres d'activités physiques Rivière-du-Nord, dont l'autonomie de l'enfant lors des soins d'hygiène, de l'alimentation et des déplacements, ainsi que la capacité d'adaptation de l'enfant à diverse situation ;
- L'enfant doit obligatoirement être accompagné à l'école et/ou être suivi par un professionnel de la santé physique ou mentale
- L'acceptation de l'enfant au camp de jour : Je bouge offert par les centres d'activités physiques Rivière-du-Nord est sujette à une révision annuelle et n'est pas considéré comme automatique pour l'année suivante ;
- Toute demande doit être faite via le formulaire ci-dessous, durant la période d'inscription et envoyée par courriel à l'adresse suivante : kfrechette@caprdn.ca. Un suivi du dossier vous sera retourné. Si le formulaire n'est pas rempli avant la fin de la période d'inscription, les centres d'activités physiques se réservent le droit de refuser toute demande après la date limite d'inscription. Les centres d'activités physiques se réservent aussi le droit de renvoyer un enfant dont le comportement est inacceptable au sein d'un groupe et qui ne respecte pas les règlements (le code de vie du camp de jour) lors de son séjour au camp de jour et dont le formulaire ci-dessous n'a pas été rempli.
- L'admissibilité dépend de différents facteurs, dont l'obtention de subventions, du type de difficulté des postulants et du personnel disponible.

Le coût du service est le même pour tous les usagers.

Les demandes doivent être présentées chaque année et sont évaluées par un comité d'intervenant.

Horaire

Le service d'accompagnement offert de 9h à 16h du lundi au vendredi. Ce service n'inclut pas le service de garde.

Contingentement

Les centres d'activités physiques Rivière-du-Nord se réservent le droit de continger le nombre de participants ou le temps de fréquentations (nombre de semaines) des participants lorsque le nombre devient plus élevé que le nombre d'accompagnateurs disponibles.

Tous les règlements régissant la vie du camp de jour s'appliquent uniformément à l'ensemble des participants. Le non-respect de ceux-ci entraînera des sanctions et le retrait du programme d'accompagnement.

Servie de transport

Il est important de noter qu'aucun service de transport adapté ne sera offert ni remboursé par les centres d'activités physiques Rivière-du-Nord.



Fiche d'évaluation des besoins

Camp je bouge

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

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété avant le 30 / 05 / 2018

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

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

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 si anciennement, asperger, TED-NS, ou autre : |
| <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 Autres, précisez : |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez : |
| <input type="checkbox"/> Diabète | précisez : |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | précisez : |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.) | précisez : |

3. ACCOMPAGNEMENT

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

4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

5. 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 : _____

6. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

| Situation de santé | Précisions, actions à prendre, etc. |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | |
| <input type="checkbox"/> Constipation | |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | |
| <input type="checkbox"/> Mal des transports | |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines fréquents | |
| <input type="checkbox"/> Menstruations | |
| <input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements | |
| <input type="checkbox"/> Otites fréquentes | |
| <input type="checkbox"/> Pipi au lit | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cutanés | |
| <input type="checkbox"/> Saignement de nez | |
| <input type="checkbox"/> Sinusites | |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes? | A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | Date : _____ Raison : _____ |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | Résultats : _____ |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : | Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--|
| Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____ |
| Vue : <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 | | Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement |

7. 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 ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.) |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même | | |
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | | |
| <input type="checkbox"/> Automutilation | | |
| <input type="checkbox"/> Fugues | | |
| <input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non) | | |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) | | |
| A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 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? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) _____

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.) : _____

8. CAPACITÉS AQUATIQUES

| | |
|--|---|
| <p>Autonomie dans l'eau :</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seul avec VFI</p> | <p><input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas nager</p> <p><input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons</p> <p>* Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI</p> |
| <p>A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> | <p>Dernier niveau de natation complété :</p> |

| 9. DEGRÉ D'AUTONOMIE | | Aide constante | Aide occasionnelle | Supervision verbale | Autonome |
|-----------------------------|--|-------------------|-----------------------|------------------------|----------|
| Communication | Communication avec les autres | | | | |
| | Compréhension des consignes | | | | |
| | Se faire comprendre | | | | |
| | Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Poussette adaptée | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Déambulateur | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Autonome (marche) | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| | En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) : | | | | |
| Méthode de transfert <input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) : <hr/> <hr/> | | | Autres <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> | | |

