

CAMP DE JOUR 2026 DU CENTRE DU PLATEAU
(doit être remplie par le thérapeute ou l'enseignant / éducateur de l'enfant)

RENSEIGNEMENTS

Nom du parent / tuteur :			
Nom de l'enfant :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Âge :	
Langue principale:	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		
École :			Niveau scolaire :
École spécialisée :	<input type="checkbox"/> Classe spécialisée <input type="checkbox"/> Accompagnement		
Nom de l'enseignant / de l'éducateur / du thérapeute :			Téléphone :
Diagnostic :			

INFORMATIONS ADDITIONNELLES SUR L'ENFANT

Veuillez fournir le plus de détails possibles sur la condition et les besoins de l'enfant.


Qu'est-ce que l'enfant aime et qu'est-ce qu'il n'aime pas ?

COMMUNICATION

Quelles sont ses aptitudes langagières par rapport à son âge ?

Peut-il exprimer ses besoins ?

Communique-t-il de façon non verbale ? Si oui, comment – visuellement, par signes, au moyen de pictogrammes ?



Comment l'enfant passe-t-il d'une activité à une autre ?

Autonomie (capacité de manger, de se vêtir, d'aller à la salle de bain seul) – L'enfant est-il responsable de ses effets personnels ?

Veuillez cocher : pendant combien de temps l'enfant peut-il participer à une activité ? 5 min. 10 min. 20 min. 30 min.

Indiquez les réactions ou comportements que l'enfant pourrait avoir s'il se retrouve dans une situation stressante (p. ex. lancer des objets, se frapper ou frapper d'autres personnes, se couvrir les oreilles, etc.).

L'enfant est-il sensible au bruit ?

L'enfant a-t-il de graves peurs pouvant entraîner une réaction lors d'une sortie (balayeuse de rue, ballons, sirènes, etc.) ?

L'enfant a-t-il des obsessions / rituels pouvant nuire à sa participation à une activité quelconque ?

L'enfant cherchera-t-il à fuir le site du camp ?

L'enfant s'enfuira-t-il s'il a peur ou s'il ne veut pas participer à une activité ?

L'enfant cherchera-t-il à se cacher ?

L'enfant comprend-il la notion de danger ?

L'enfant aime-t-il nager ?

L'enfant a-t-il pris un(des) médicament(s) au cours de la dernière année ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

L'enfant prend-il un(des) médicament(s) présentement ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Informations ou commentaires additionnels :

Je, soussigné(e), _____,
NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

en ma capacité de de thérapeute d'enseignant d'éducateur

atteste que l'information ci-dessus représente fidèlement les besoins, la condition et le comportement de,

NOM DE L'ENFANT

Je comprends que le camp de jour du Centre du Plateau demande cette information afin de pouvoir évaluer la possibilité d'une intégration réussie de cet enfant dans son camp de jour.

SIGNATURE DU DU THÉRAPEUTE / DE L'ENSEIGNANT / DE L'ÉDUCATEUR

DATE

Remarque : Le parent / tuteur de l'enfant doit approuver la divulgation de l'Évaluation des besoins au camp de jour du Centre du Plateau en remplissant et en signant le Formulaire d'autorisation parentale inclus dans la trousse de Demande de participation.

Merci de votre collaboration.

514 872-6830