



FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers au camps de jour

Le présent formulaire a été élaboré pour permettre à l'équipe du camp de jour de mieux comprendre les besoins de l'enfant et d'évaluer le niveau de soutien en accompagnement dont il a besoin pour intégrer le camp et vivre une expérience positive. Le processus d'évaluation d'une demande d'intégration nécessite de recueillir le plus d'information possible sur l'enfant et ses besoins. Il est donc important de bien remplir chaque section du questionnaire et d'y inclure le maximum de détails.

Pour toute question, concernant le processus d'évaluation et le programme d'intégration du camp, n'hésitez pas à contacter Suzie Auger, directrice adjointe par courriel à suzieauger@centreduplateau.com.

Le formulaire doit être transmis à la responsable du programme d'intégration du camp de jour au plus tard, le 1^{er} mai 2026 au courriel mentionné ci-haut.

IMPORTANT : Remplir ce formulaire ne constitue pas une inscription au camp de jour.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT			
Prénom		Nom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Âge en date du 26 juin 2026	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
PARENT 1 - Nom du parent ou du répondant		Prénom du parent ou du répondant	Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone cellulaire		Courriel
PARENT 2 - Nom du parent ou du répondant		Prénom du parent ou du répondant	Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone cellulaire		Courriel
L'enfant fréquente présentement l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, veuillez indiquer le nom de l'école)			
Si oui, est-il dans une classe régulière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
S'il ne fréquente pas une classe régulière, quel est le ratio d'encadrement de sa classe : intervenant(s) / enfants			

2. STATUT DU DIAGNOSTIC DE L'ENFANT (facultatif)
Votre enfant a-t-il un diagnostic ou est-il en attente d'un diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, aux lignes suivantes, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic)

3. RESSOURCES DE L'ENFANT (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, ...)

Il est important d'inscrire le **nom et les coordonnées complètes** des intervenants qui suivent **ACTUELLEMENT** l'enfant.

*Mon enfant n'est pas suivi par un intervenant

Nom de l'intervenant	Téléphone (incluant le # de poste)	Endroit de l'intervention	Types d'intervention

4. NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT

(veuillez cocher les énoncés qui s'appliquent à l'enfant et apporter les informations nécessaires)

<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 :

5. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

6. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

7. 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 : _____

8. SITUATION DE SANTÉ (Cochez ce qui est applicable)

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Diabète	
<input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Autre	
Vaccins à jour? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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

9. DEGRÉ D'AUTONOMIE

		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
COMMUNICATION	Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIE QUOTIDIENNE	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Précisez (cathéter, couches, etc.) :				
	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Différent Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A-t-il suivi un cours de natation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Dernier niveau de natation complété :					

10. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Situation de santé	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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?		
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?		
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.) :

11. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nage seule en eau profonde | <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement |
| <input type="checkbox"/> Nage seule en eau peu profonde | <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager |
| <input type="checkbox"/> Nage seule avec VFI | <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons |

* Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI

Engagement

- Je m'engage à collaborer avec le Centre du Plateau et à rencontrer, au besoin, les responsables du camp afin d'assurer une intégration réussie de mon enfant.
- Je certifie, qu'au meilleur de ma connaissance, les informations contenues au présent formulaire sont complètes et véridiques.

Consentement à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels concernant mon enfant

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte les conditions du Programme d'intégration des enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour du Centre du Plateau mentionnées dans la présente fiche explicative.

Ces renseignements seront partagés uniquement lorsque cela est nécessaire, afin de mieux comprendre les besoins de mon enfant et de planifier, adapter et offrir les services appropriés dans le cadre des activités du camp de jour.

Les renseignements personnels seront traités de manière confidentielle et accessibles uniquement aux membres du personnel autorisés pour l'exercice de leurs fonctions. Ils seront conservés de façon sécuritaire conformément aux obligations applicables en matière de protection des renseignements personnels.

- J'autorise** la cueillette, l'utilisation et la communication de ces renseignements.
- Je refuse** la cueillette, l'utilisation et la communication de ces renseignements.

Le présent consentement est valide à compter de la période d'inscription de mon enfant jusqu'à la fin de sa participation au programme du camp de jour.

Je comprends que :

- mon consentement est **libre et volontaire**;
- je peux **retirer mon consentement en tout temps**, verbalement ou par écrit;
- le refus de consentir n'empêche pas l'accès aux services, mais pourrait limiter la capacité du personnel à adapter adéquatement les services aux besoins de mon enfant.

À la fin de la période de conservation applicable, les renseignements personnels seront détruits de manière sécuritaire, conformément aux règles en vigueur.

Signer et retourner avec le formulaire de demande.

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte les conditions du Programme d'intégration des enfants ayant des besoins particuliers en camp de jour du Centre du Plateau mentionnées dans la présente fiche explicative.

NOM DU PARENT OU DU TUTEUR

SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR

DATE