



PROCÉDURE D'ANALYSE DES DEMANDES D'ACCOMMODEMENT / D'ACCOMPAGNEMENT

ÉVALUATION DES DEMANDES

Détaillez votre procédure d'évaluation des demandes d'accommodement.

Procédure d'inscription

**Évaluation des
demandes d'inscription**

Prise de décision



FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS D'ACCOMMODEMENT / D'ACCOMPAGNEMENT

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! 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 / /

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

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

2. ACCOMPAGNEMENT

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

3. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

4. 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 : _____

5. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
☐ Asthme	
☐ Constipation	
☐ Diarrhée	
☐ Eczéma	
☐ Insomnie	
☐ Mal des transports	
☐ Maux de têtes/migraines fréquents	
☐ Menstruations	
☐ Nausées fréquentes / Vomissements	
☐ Otites fréquentes	
☐ Pipi au lit	
☐ Problèmes cardiaques	
☐ Problèmes cutanés	
☐ Saignement de nez	
☐ Sinusites	
☐ Somnambulisme	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
☐ Varicelle	Oui ☐ Non ☐
☐ Oreillons	Date : _____ Raison : _____
☐ Scarlatine	Résultats : _____
☐ Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui ☐ Non ☐
☐ Autres (préciser) :	Maladies chroniques ou récurrentes? Oui ☐ Non ☐
Vaccins à jour? Oui ☐ Non ☐	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____

Vue : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Lunettes / verres de contact ☐ Cécité ☐ Guide-accompagnateur ☐ Canne blanche	Audition : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Appareils auditifs (deux oreilles) ☐ Oreille droite uniquement ☐ Oreille gauche uniquement
--	--

6. 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 ?
☐ Agressivité envers lui-même		
☐ Agressivité envers les autres		
☐ Anxiété		
☐ Automutilation		
☐ Fugues		
☐ Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
☐ Autres (précisez)		
A-t-il tendance à vivre des situations de désorganisation? Oui ☐ 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 ? Oui ☐ 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? Oui ☐ Non ☐	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui ☐ Non ☐
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?

Par exemple, des changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières ou autre.

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.) :

7. CAPACITÉS AQUATIQUES

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

8. 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 : ☐ Pictogrammes ☐ Tableau ☐ Ordinateur ☐ Langue des signes du Québec (LSQ) ☐ Gestes ☐ 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	Habillage (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) ☐ Fauteuil manuel				
	☐ Fauteuil motorisé				
	☐ Poussette adaptée				
	☐ Canne(s) / béquilles				
	☐ Déambulateur				
	☐ Autonome (marche)				
	En sortie / longues distances ? ☐ identique ☐ différent (précisez) :				
	Méthode de transfert ☐ Avec le soutien de deux personnes ☐ Utilise un lève-personne ☐ Pivote pour transfert (debout avec support) ☐ Transfert au même niveau ☐ Autre (décrivez) : 		Autres ☐ Orthèses tibiales ☐ Orthèses poignets ☐ Corset ☐ Autre (précisez) : 		

9. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS**

(Poser ces questions seulement si vous êtes un camp spécialisé dans l'accueil de clientèles à besoins particuliers OU si la situation l'exige)

Cochez ce qui est applicable :

☐ Déficience intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère précisez :
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
☐ Déficience motrice	précisez :
☐ Déficience visuelle	précisez :
☐ Déficience auditive	précisez :
☐ Trouble langage-parole	☐ Expression ☐ Compréhension ☐ Mixte précisez :
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	☐ Avec hyperactivité ☐ Sans hyperactivité précisez :
☐ Santé mentale	☐ Anxiété ☐ Trouble de l'attachement ☐ TOC ☐ Dépression Autres, précisez :
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition ☐ Agressivité ☐ Passivité Autres précisez :
☐ Diabète	précisez :
☐ Épilepsie	précisez :
☐ Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	précisez :

10. ANALYSE ET SOLUTIONS POUR UNE INTÉGRATION RÉUSSIE

Selon les éléments à considérer, sélectionnez dans la section 3, les options sélectionnées pour accommoder l'enfant ayant des besoins particuliers. Identifiez les coûts relatifs aux accommodements, la ou les personnes responsables de l'accommodement et les méthodes que cette personne devra mettre en place.

Élément particulier à l'enfant	Accommodements choisis	Coût (s'il y a lieu)	Personne responsable de l'accommodement choisi	Défi et/ou méthode à privilégier