



Évaluation des besoins Camp de jour "les Snorows"

Doit être complété par le(la) thérapeute/ l'enseignant(e) / l'éducateur(trice) de l'enfant

Parent / tuteur légal : _____
Nom de famille Prénom

Enfant : _____
Nom de famille Prénom

Sexe Fille Garçon Âge : _____

Langue principale utilisée : Anglais Français Autre : _____

École : _____ Année scolaire : _____

Nom de l'enseignant(e) / de l'éducateur(trice) / Du (de la) thérapeute : _____

Numéro de téléphone du/de la professionnel(le) : (____) _____ - _____

Numéro de permis d'enseignant(e) ou Numéro du (de la) professionnel(le) de la santé :
 # _____

Diagnostic

INFORMATIONS ADDITIONNELLE 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 ou 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 seulement ? Si oui, comment – visuellement, par signes, au moyen de pictogramme ? NON APPLICABLE :

- 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 ?

Veillez cocher : pendant combien de temps l'enfant peut-il participer à une activité ?

- 5 minutes 10 minutes 15 minutes 20 minutes 30 minutes

Indiquez les réactions ou comportements que l'enfant pourrait avoir s'il se retrouve dans une situation stressante (exemple : lancer des objets, se frapper ou frapper les autres, 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, ballon qui éclate, 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 d'activité ?

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

Oui Non

Si oui explications :

L'enfant cherchera-t-il à se cacher ?

Oui Non

Si oui explications :

L'enfant comprend-il la notion de danger ?

Oui Non

Si non explications :

L'enfant aime-t-il nager ?

Oui Non

Informations supplémentaires si besoins :

L'enfant a-t-il pris un (ou des) médicament(s) au cours de la dernière année ? Oui Non
Si oui, Le(s)quel(s)

L'enfant prend-il un (ou des) médicament(s) présentement ? Oui Non
Si oui, Le(s)quel(s)

Informations ou commentaires additionnelles :

Le camp de jour "les Snorows" peuvent comprendre des grands groupes, beaucoup de sorties et des activités bruyantes.

D'après votre opinion professionnelle, croyez-vous que cet enfant serait bien adapté à notre camp de jour "Les Snorows" ? Oui Non

Je, soussigné(e), _____, en ma capacité de thérapeute
Nom en caractère d'imprimerie
d'enseignant(e) d'éducateur (trice) , atteste que l'information ci-dessus représente

fidèlement les besoins, la condition et le comportement de _____
nom de l'enfant

Je comprends que la Relance des loisirs tout 9 inc. demande cette information afin de pouvoir évaluer la possibilité d'une intégration réussie pour cet enfant dans leur camp de jour.

_____/_____/_____
Signature de la personne ayant complété ce formulaire JJ MM AAAA

Remarque : Le parent/tuteur légal de l'enfant doit approuver la divulgation **de L'Évaluation des besoins** à la direction du camp de jour de la RDLT 9 inc. en remplissant et en signant le **formulaire d'autorisation parentale** inclus dans la trousse de **Demande de participation**.