



## Fiche d'évaluation des besoins de l'enfant

Programme d'accompagnement du camp de jour

Afin que nous puissions répondre adéquatement aux besoins de votre enfant et lui assurer un accompagnement adapté, veuillez s'il vous plaît remplir ce formulaire.

Il est à noter que cette fiche n'est pas une fiche d'inscription, donc **ne constitue pas** l'inscription officielle de votre enfant.

Ce formulaire doit être rempli et retourné avant le **3 mars 2025** à l'adresse courriel suivante : [alexandra.ouellet@grouperdomisa.com](mailto:alexandra.ouellet@grouperdomisa.com)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
PRÉNOM :	NOM :
DATE DE NAISSANCE :	ÂGE :
ADRESSE :	
NOM DU PARENT :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :
COURRIEL :	

HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT	
<b>CAMP DE JOUR</b>	
VOTRE ENFANT EST-IL À SA PREMIÈRE ANNÉE DE CAMP DE JOUR ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-T-IL FRÉQUENTÉ LE CAMP DE JOUR YOUHOU! L'AN DERNIER ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, BÉNÉFICIAIT-IL D'UN ACCOMPAGNEMENT ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS DANS SA VIE DEPUIS L'ÉTÉ PASSÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, SPÉCIFIEZ :	
<b>ANNÉE SCOLAIRE</b>	
VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN SUIVI PARTICULIER À L'ÉCOLE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, QUEL TYPE DE SUIVI A-T-IL ? (ORTHOPÉDAGOGUE, ORTHOPHONISTE, PSYCHOÉDUCATEUR, ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ, ETC.)	
EST-CE QUE VOTRE ENFANT EST DANS UNE CLASSE SPÉCIALISÉE DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
EST-CE QUE VOTRE ENFANT A UN ACCOMPAGNATEUR EN TOUT TEMPS DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, QUEL TYPE D'ACCOMPAGNEMENT A-T-IL ?	1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/>
DONNEZ-VOUS L'AUTORISATION À LA ZONE YOUHOU! DE COMMUNIQUER AVEC L'INTERVENANT ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
NOM DE L'INTERVENANT :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'INTERVENANT :	

## DESCRIPTION DU PARTICIPANT

Veillez cocher la/les case(s) appropriée(s)

## SELON VOUS, VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT :

À titre informatif (ne garantis pas ce ratio d'accompagnement)

1 ACCOMPAGNATEUR POUR 1 ENFANT

1 ACCOMPAGNEMENT POUR 2 ENFANTS

1 ACCOMPAGNATEUR POUR 3 ENFANTS

SOUTIEN OCCASIONNEL EN GROUPE

## FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

Communication

### Votre enfant se fait comprendre :

Avec difficulté (besoin du soutien)

Facilement

### Votre enfant comprend les autres :

Avec difficulté (besoin de soutien)

SPÉCIFIEZ :

Facilement

### Votre enfant est en mesure de :

COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE

COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR...

NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...)

COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE

EXPRIMER UNE ÉMOTION  ÉCHANGER AVEC AUTRUI

FAIRE UNE DEMANDE  LIRE

### Condition de l'enfant :

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ? Oui  NON

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? Oui  NON

Si oui, spécifiez :

## RELATIONS INTERPERSONNELLES

**Votre enfant a-t-il des difficultés particulières avec les habiletés suivantes :**  
(Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?

DEMANDER DE L'AIDE	<input type="checkbox"/>	PARTAGER	<input type="checkbox"/>
ATTENDRE SON TOUR	<input type="checkbox"/>	INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT	<input type="checkbox"/>
S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE	<input type="checkbox"/>	EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ	<input type="checkbox"/>
SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE	<input type="checkbox"/>		

## AUTONOMIE

### Alimentation :

VOTRE ENFANT MANGE SEUL

VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR MANGER

VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR BOIRE

VOTRE ENFANT A UNE DIÈTE SPÉCIALE

SPÉCIFICATION :

### Habillage :

VOTRE ENFANT S'HABILLE SEUL

VOTRE ENFANT S'HABILLE AVEC SOUTIEN

### Propreté :

VOTRE ENFANT EST PROPRE

N'EST PAS PROPRE/PORTE DES COUCHES

ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ (HORAIRE/BESOIN DE RAPPEL)

## SANTÉ

A-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur ?  
OUI  NON

SPÉCIFIEZ :

ALLERGIE SÉVÈRE <input type="checkbox"/>	PROBLÈME CARDIAQUE <input type="checkbox"/>
ÉPILEPSIE <input type="checkbox"/>	ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/>
DIABÈTE <input type="checkbox"/>	PRISE DE MÉDICATION <input type="checkbox"/>
AUTRE <input type="checkbox"/>	

SPÉCIFIEZ :

## COMPORTEMENTS

Veillez cocher les comportements manifestés par votre enfant et la fréquence

**AGRESSIVITÉ ENVERS SOI.**   
(SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...)

1 À 2 FOIS PAR JOUR  PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR

1 À 3 FOIS SEMAINE  PLUS DE 5 FOIS SEMAINE

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

**AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI**   
(MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)

1 À 2 FOIS PAR JOUR  PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR

1 À 3 FOIS SEMAINE  PLUS DE 5 FOIS SEMAINE

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

**OPPOSITION**

1 À 2 FOIS PAR JOUR  PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR

1 À 3 FOIS SEMAINE  PLUS DE 5 FOIS SEMAINE

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

**FUGUE**

1 À 2 FOIS PAR JOUR  PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR

1 À 3 FOIS SEMAINE  PLUS DE 5 FOIS SEMAINE

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

## FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

QUELLES SONT SES FORCES ?

QUELLES SONT SES CENTRES D'INTÉRÊTS, PASSE-TEMPS ET LOISIRS ?

--

## HORAIRE DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT AU CAMP DE JOUR

Ceci n'est pas une inscription, les informations servent uniquement à des fins de prévision.

<b>SEMAINES DU CAMP</b>	
Cochez les semaines que vous souhaiteriez inscrire votre enfant	
SEMAINE 1 : 23 AU 27 JUIN 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 2 : 30 JUIN AU 4 JUILLET 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 3 : 7 AU 11 JUILLET 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 4 : 14 AU 18 JUILLET 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 5 : 21 AU 25 JUILLET 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 6 : 28 JUILLET AU 1ER AOÛT 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 7 : 4 AU 8 AOÛT 2025	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 8 : 11 AU 15 AOÛT 2025	<input type="checkbox"/>

<b>SERVICE DE GARDE</b>	
MON ENFANT FRÉQUENTERA LE SERVICE DE GARDE DU MATIN	<input type="checkbox"/>
MON ENFANT FRÉQUENTERA LE SERVICE DE GARDE DU SOIR	<input type="checkbox"/>
MON ENFANT NE FRÉQUENTERA PAS LE SERVICE DE GARDE	<input type="checkbox"/>

### SIGNATURE DU PARENT :

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date