

## **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 à l'adresse courriel suivante :

[camille.giguere@groupepomisa.com](mailto:camille.giguere@groupepomisa.com) avant le **6 MARS 2026.**

| <b>IDENTIFICATION DE L'ENFANT</b> |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| PRENOM :                          | NOM :                 |
| DATE DE NAISSANCE :               | ÂGE :                 |
| ADRESSE :                         |                       |
| NOM DU PARENT :                   | NUMERO DE TELEPHONE : |
| COURRIEL :                        |                       |

| <b>DESCRIPTION DU PARTICIPANT</b>                              |                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Veuillez cocher la/les case(s) appropriée(s)                   |                          |
| <b>SELON VOUS, VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT :</b> |                          |
| À titre informatif (ne garantis pas ce ratio d'accompagnement) |                          |
| 1 ACCOMPAGNATEUR POUR 1 ENFANT                                 | <input type="checkbox"/> |
| 1 ACCOMPAGNEMENT POUR 2 ENFANTS                                | <input type="checkbox"/> |
| 1 ACCOMPAGNATEUR POUR 3 ENFANTS                                | <input type="checkbox"/> |
| SOUTIEN OCCASIONNEL EN GROUPE                                  | <input type="checkbox"/> |

| <b>FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT</b>                       |
|-------------------------------------------------------------|
| QUELLES SONT SES FORCES ?                                   |
| QUELS SONT SES CENTRES D'INTERETS, PASSE-TEMPS ET LOISIRS ? |

## HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

### CAMP DE JOUR

|                                                                                    |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| VOTRE ENFANT EST-IL A SA PREMIERE ANNEE DE CAMP DE JOUR ?                          | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| A-T-IL FREQUENTE LE CAMP DE JOUR YOUHOU! L'AN DERNIER ?                            | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| SI OUI, BENEFICIAIT-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'ETE PASSE ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| SI OUI, SPECIFIEZ :                                                                |                              |                              |

### ANNEE SCOLAIRE

|                                                                                                                     |                                                                                        |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN SUIVI PARTICULIER A L'ECOLE ?                                                      | OUI <input type="checkbox"/>                                                           | NON <input type="checkbox"/> |
| SI OUI, QUEL TYPE DE SUIVI A-T-IL ?<br>(ORTHOPEDAGOGUE, ORTHOPHONISTE, PSYCHOEDUCATEUR, EDUCATEUR SPECIALISE, ETC.) |                                                                                        |                              |
| EST-CE QUE VOTRE ENFANT EST DANS UNE CLASSE SPECIALISEE DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ?                                   | OUI <input type="checkbox"/>                                                           | NON <input type="checkbox"/> |
| EST-CE QUE VOTRE ENFANT A UN ACCOMPAGNATEUR EN TOUT TEMPS DURANT L'ANNEE 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 A LA ZONE YOUHOU! DE COMMUNIQUER AVEC L'INTERVENANT?                                     | OUI <input type="checkbox"/>                                                           | NON <input type="checkbox"/> |

NOM DE L'INTERVENANT :

NUMERO DE TELEPHONE DE L'INTERVENANT :

## 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"/> |                                 |                          |

| FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT                                                                                                |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Communication                                                                                                             |                                               |
| <b>Votre enfant se fait comprendre :</b>                                                                                  |                                               |
| Avec difficulté (besoin du soutien) <input type="checkbox"/>                                                              | Facilement <input type="checkbox"/>           |
| <b>Votre enfant comprend les autres :</b>                                                                                 |                                               |
| Avec difficulté (besoin de soutien) <input type="checkbox"/><br>SPECIFIEZ :                                               | Facilement <input type="checkbox"/>           |
| <b>Votre enfant est en mesure de :</b>                                                                                    |                                               |
| COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE                                                          | <input type="checkbox"/>                      |
| COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR...                                                                    | <input type="checkbox"/>                      |
| NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...)                                                                   | <input type="checkbox"/>                      |
| COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE                                                                                            | <input type="checkbox"/>                      |
| EXPRIMER UNE ÉMOTION <input type="checkbox"/>                                                                             | ÉCHANGER AVEC AUTRUI <input type="checkbox"/> |
| FAIRE UNE DEMANDE <input type="checkbox"/>                                                                                | LIRE <input type="checkbox"/>                 |
| <b>Condition de l'enfant :</b>                                                                                            |                                               |
| Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                |                                               |
| Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Si oui, spécifiez : |                                               |

| COMPOTEMENTS                                                                                             |                     |                          |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| Veuillez cocher les comportements manifestés par votre enfant et la fréquence                            |                     |                          |                                                  |
| <b>AGRESSIVITÉ ENVERS SOI.</b> <input type="checkbox"/><br>(SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...) | 1 À 2 FOIS PAR JOUR | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                          | 1 À 3 FOIS SEMAINE  | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/>  |
| DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE A SURGIR ?                                       |                     |                          |                                                  |
| DE QUELLE FAÇON SUGGEREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)                          |                     |                          |                                                  |
| <b>AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI</b> <input type="checkbox"/><br>(MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)        | 1 À 2 FOIS PAR JOUR | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                          | 1 À 3 FOIS SEMAINE  | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS SEMAINE                           |
| DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE A SURGIR ?                                       |                     |                          |                                                  |
| DE QUELLE FAÇON SUGGEREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)                          |                     |                          |                                                  |
| <b>OPPOSITION</b> <input type="checkbox"/>                                                               | 1 À 2 FOIS PAR JOUR | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR                          |
|                                                                                                          | 1 À 3 FOIS SEMAINE  | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS SEMAINE                           |
| DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE A SURGIR ?                                       |                     |                          |                                                  |
| DE QUELLE FAÇON SUGGEREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)                          |                     |                          |                                                  |
| <b>FUGUE</b> <input type="checkbox"/>                                                                    | 1 À 2 FOIS PAR JOUR | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR                          |
|                                                                                                          | 1 À 3 FOIS SEMAINE  | <input type="checkbox"/> | PLUS DE 5 FOIS SEMAINE                           |
| DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE A SURGIR ?                                       |                     |                          |                                                  |
| DE QUELLE FAÇON SUGGEREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)                          |                     |                          |                                                  |

## 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 ☐

PROBLÈME CARDIAQUE ☐

ÉPILEPSIE ☐

ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE ☐

DIABÈTE ☐

PRISE DE MÉDICATION ☐

AUTRE ☐

SPÉCIFIEZ :

## 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 0 : 25 AU 26 JUIN 2026                                  |  |
| SEMAINE 1 : 29 JUIN AU 3 JUILLET 2026                           |  |
| SEMAINE 2 : 6 AU 10 JUILLET 2026                                |  |
| SEMAINE 3 : 13 AU 17 JUILLET 2026                               |  |
| SEMAINE 4 : 20 AU 24 JUILLET 2026                               |  |
| SEMAINE 5 : 27 AU 31 JUILLET 2026                               |  |
| SEMAINE 6 : 3 AU 7 AOUT 2026                                    |  |
| SEMAINE 7 : 10 AU 14 AOUT 2026                                  |  |
| SEMAINE 8 : 17 AU 21 AOUT 2026                                  |  |

| <b>SERVICE DE GARDE</b>                             |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| MON ENFANT FREQUENTERA LE SERVICE DE GARDE DU MATIN |  |
| MON ENFANT FREQUENTERA LE SERVICE DE GARDE DU SOIR  |  |
| MON ENFANT NE FREQUENTERA PAS LE SERVICE DE GARDE   |  |

**SIGNATURE DU PARENT :**

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

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date