



QUESTIONNAIRE PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT

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.

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant : _____

Âge (à l'entrée au camp) : _____ Sexe : Masculin Féminin

Langue maternelle et parlée : _____

Nom du parent/tuteur # 1 : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Adresse civique : _____

Nom du parent/tuteur # 2 : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Adresse civique : _____

DESCRIPTION DE L'ENFANT

Selon vous, a-t-il besoin d'un accompagnement :

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

- 1 accompagnateur pour 1 enfant
- 1 accompagnateur pour 2 enfants
- 1 accompagnateur pour 3 enfants
- Soutien occasionnel en groupe

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

Il se fait comprendre :

- Avec difficulté (besoin de soutien)
- Facilement

Il comprend les autres :

- Avec difficulté (besoin de soutien)

Spécifiez : _____

- Facilement

Il est en mesure de :

- Comprendre les règlements d'un jeu simple lorsqu'on lui explique
- Comprendre les concepts de base (couleurs, grosseurs,...)
- Comprendre une consigne simple
- Nommer un besoin de base (faim, toilette, inconfort,...)
- Exprimer une émotion Échanger avec autrui
- Faire une demande Lire

Condition de l'enfant :

Commentaires : _____

RELATIONS INTERPERSONNELLES

A-t-il des difficultés particulières avec les habiletés suivantes :

(Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 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 | |

Relation avec l'autorité : _____

AUTONOMIE

Alimentation :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mange seul |
| <input type="checkbox"/> Besoin de soutien pour manger |
| <input type="checkbox"/> Besoin de soutien pour boire |
| <input type="checkbox"/> A une diète spéciale |

Spécifiez : _____

Habillement :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> S'habille seul | <input type="checkbox"/> S'habille avec soutien |
|---|---|

Propreté :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Est propre | <input type="checkbox"/> N'est pas propre/porté des couches |
| <input type="checkbox"/> Entraînement à la propreté (horaire/besoin de rappel) | |

SANTÉ

A-t-il des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur : Non Oui, veuillez cocher :

Allergie Problème cardiaque Épilepsie

Diabète Asthme/Problème respiratoire

Prise de médication

Autre

Spécifiez : _____

COMPORTEMENTS

(Veuillez cocher les comportements manifestés par votre enfant et inscrire la fréquence)

Agressivité envers soi (se mordre, se frapper, se cogner la tête,...)

Contexte : _____

Fréquence : _____

Interventions à privilégier : _____

Agressivité envers autrui (mordre, frapper, tirer les cheveux,...)

Fréquence : _____

Opposition

Fréquence : _____

Fugue

Fréquence : _____

INFORMATIONS SUR L'ÉCOLE FRÉQUENTÉE

Nom de l'école : _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

Est-il dans une classe d'adaptation/besoins particuliers :

Non Oui, laquelle : _____

A-t-il un suivi particulier à l'école ou à l'extérieur de l'école (psychologue, T.E.S., orthopédagogue, T.S.,...) : _____

J'autorise le camp à communiquer avec l'école et le(s) spécialiste(s) : Oui

Nom du spécialiste : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

EN SAVOIR PLUS SUR VOTRE ENFANT

Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs : _____

Quel sont les meilleurs moyens de l'encourager et de le motiver : _____

Merci!

Le tout est dans le but que votre enfant passe un magnifique été avec nous.