

# Fiche d'évaluation des besoins particuliers

## 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Date de naissance : (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

## 2. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

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

## 3. ACCOMPAGNEMENT

Quelle école votre enfant fréquente-t-il? \_\_\_\_\_

Est-il inscrit au service de garde de son école? Oui  Non  Si non, précisez- autre services ou domicile?

Quel niveau scolaire? \_\_\_\_\_ Quel type de classe? \_\_\_\_\_

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 scolaire? Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour? Oui  Non

Si oui précisez : le nom du camp, nombre de semaines, avec accompagnement ou non, résumé d'expérience

\_\_\_\_\_

L'expérience a été positive? Oui  Non

#### 4. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

#### 5. MÉDICATION

- Prend-t-il des médicaments durant l'année scolaire? Oui  Non  Si oui, compléter ce tableau
- Votre enfant prend-il des médicaments pendant l'été? Oui  Non  Si oui, compléter ce tableau :
- Votre enfant doit-il prendre des médicaments durant nos activités? Oui  Non  Si oui, compléter ce tableau :

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.

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

## 6. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Pipi au lit	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
<input type="checkbox"/> Somnambulisme	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
<input type="checkbox"/> Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreillons	Date : _____ Raison : _____
<input type="checkbox"/> Scarlatine	Résultats : _____
<input type="checkbox"/> Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement

## 7. 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 ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues (s'enfuir, se cacher)		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies particulières (Acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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, sensibilité au bruit ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses besoins, sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant est entré dans la puberté? Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer si votre enfant a besoin d'une aide particulière ou d'une intervention spécifique. \_\_\_\_\_

Quelles activités l'enfant aime et n'aime pas? \_\_\_\_\_

Pendant combien de temps l'enfant participe –t-il activement à une activité?

5 min.  10 min.  20 min.  30 min.  45 min. et +

Comment pouvons-nous bien soutenir l'enfant pendant les transitions entre les activités?

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.) : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer un but sur lequel vous aimeriez que nous nous concentrions auprès de votre enfant.

Ex : se faire des amis, partager, améliorer son langage, etc. \_\_\_\_\_

**Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise Loisirs & Culture Sud-Ouest à contacter les intervenants suivants.** Nous les contacterons uniquement en cas de besoins concernant un comportement ou une intervention en particulier ou si nous avons besoin d'aide supplémentaire afin de favoriser l'intégration de votre enfant dans nos activités.

École, CLSC, CCPSC, Docteur	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées (courriel et/ou # téléphone)

## 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 : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> 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 (bricolages, manipulations, insertions, etc.)				
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
Vie quotidienne	Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Hygiène personnelle (aller à la toilette)				
	Précisez (cathéter, couches, etc.)				
	Alimentation (manger et boire)				
	Gérer ses effets personnels (ex: boîte à lunch, sac à dos)				
	Rester avec le groupe				
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
Déplacements	Courts déplacements (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Poussette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	<input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
	En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) :				

Tous les renseignements demeurent confidentiels.

L'admission de votre enfant au programme reposera sur l'information fournie à propos de son comportement et de sa capacité à s'adapter à l'environnement de nos activités; ainsi que sur les ressources, les accompagnateurs et le financement à la disposition de l'organisme.

Si des modifications doivent être apportées à la demande de participation de votre enfant durant le processus d'inscription ou pendant nos activités, veuillez contacter l'équipe administrative aussi tôt que possible pour assurer que nous disposons des ressources nécessaires pour continuer de répondre aux besoins de votre enfant.

Si, pendant la durée de nos activités, nous réalisons qu'un enfant ayant des besoins particuliers a été inscrit sans avoir effectué ce processus et que nous ne disposons plus des ressources adéquates pour répondre à ses besoins, nous nous réservons le droit d'annuler immédiatement son inscription.

L'organisme se réserve le droit de refuser ou de renvoyer un enfant ayant des besoins particuliers inscrit, dans le cas décrits ci-dessous (le cas échéant, le remboursement sera rempli au prorata).

- L'organisme n'a pas les ressources nécessaires pour combler les besoins de l'enfant (financement, accompagnement, logistique des bâtiments, etc.)
- L'enfant manifeste un comportement violent et agressif ou tout autre comportement dommageable pour lui-même, les autres enfants, ou nos employés
- Les parents ou tuteurs de l'enfant ne sont pas respectueux envers le personnel, ou ne lui fournissent pas assez d'informations concernant les besoins ou les comportements de leur enfant quand des informations additionnelles sont demandés afin de mieux soutenir l'enfant.

J'ai pris connaissance du document et toutes les informations inscrites sont exactes.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date