



QUESTIONNAIRE – ACCOMPAGNEMENT AU CAMP DE JOUR

Voici un formulaire que nous vous demandons de remplir afin que nous ayons un portrait plus réel de votre enfant. Mieux le connaître rime avec mieux l'encadrer et le soutenir afin qu'il/elle s'y sente bien et que les souvenirs restent graver dans leur cœur et leur tête. Ces informations sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie.

INFORMATION GÉNÉRALE

Nom du parent : _____

Adresse : _____

Téléphone cellulaire : _____ Téléphone résidence : _____

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Diagnostique : _____

Niveau scolaire : _____

Est-ce que l'enfant est intégré dans une classe ? _____

Si oui, est-ce que l'enfant nécessite un soutien permanent ou ponctuel ?

POUR MIEUX LE CONNAITRE...

***Plusieurs réponses sont possibles. Cochez toute les réponses qui s'appliquent :**

Social Timide

Actif Calme

Autre : _____

Ses activités préférées sont : _____

Les activités qu'il aime le moins : _____

**Comme les enfants sont intégrés aux groupes, les activités pour lesquelles l'enfant a moins d'intérêt ne seront pas évitées, ni annulées. Cependant, des mesures préventives et des moyens pour encourager et faciliter sa participation pourront être mis en place.*

Pendant combien de temps est-ce que votre enfant participe activement à une activité ?

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

COMMUNICATION

Pour communiquer avec l'enfant, nous utilisons :

***Plusieurs réponses peuvent s'appliquer**

Phrase complètes

Phrases de 2-3 mots

Mot simples

Gestes ou mains animées

Objets pointés

Photos ou pictogrammes

Aide techno (tablette, téléphone)

Pour communiquer, mon enfant utilise :

***Plusieurs réponses peuvent s'appliquer**

Phrases complètes

Phrases 2-3 mots

Mots simples

Gestes ou mains animées

Pointe ce qu'il veut

Sons

Nous amène vers ce qu'il veut

Cahier PECS, photos, images ou pictogrammes

Aide technologique (tablette, téléphone)

Autre : _____

Quelles sont les meilleures façons d'encourager/motiver votre enfant ?

ALIMENTATION

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Manger Boire Diète spéciale

Si oui, précisez : _____

Problèmes rencontrés : _____

HABILLAGE

Votre enfant a besoin d'aide pour s'habiller

Si oui, précisez : _____

DÉPLACEMENTS

Votre enfant se déplace

À l'intérieur : Seul avec aide

À l'extérieur : Seul avec aide

En fauteuil roulant : Seul avec aide ne s'applique pas

Autres appareils, précisez : _____

SOINS PERSONNELS

Votre enfant a besoin d'aide pour

Hygiène personnelle Incontinence Aller aux toilettes

Autres, précisez : _____

PROBLÈME DE COMPORTEMENT

Aidez-nous à mieux aider votre enfant

Est-ce votre enfant adopte les comportements suivants

- | | |
|---|--------------------------|
| Agressivité envers lui-même | <input type="checkbox"/> |
| Agressivité envers les autres | <input type="checkbox"/> |
| Anxiété | <input type="checkbox"/> |
| Opposition régulière | <input type="checkbox"/> |
| Problème de fugue | <input type="checkbox"/> |
| Opposition occasionnelle | <input type="checkbox"/> |
| Mord | <input type="checkbox"/> |
| Crache | <input type="checkbox"/> |
| Frappe | <input type="checkbox"/> |
| Bouscule | <input type="checkbox"/> |
| Crie | <input type="checkbox"/> |
| Utilise un langage inapproprié | <input type="checkbox"/> |
| Opposition aux consignes et aux règles | <input type="checkbox"/> |
| S'éloigne du groupe (fugue) | <input type="checkbox"/> |
| Brise le matériel | <input type="checkbox"/> |
| Intolérance au bruit | <input type="checkbox"/> |
| Éveil sexuel | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté avec les transitions d'activités | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté à déroger de ses routines ou rituels | <input type="checkbox"/> |
| Inconfort tactile (n'aime pas être touché) | <input type="checkbox"/> |

Autre, précisez : _____

De quelle façon l'accompagnateur doit intervenir en présence de l'un de ces comportements ?

Comment vote enfant réagit- il avec :

Ses pairs : _____

Les détenteurs d'autorité (parents, professeurs) : _____

Les nouvelles personnes : _____

MÉDICATION

Votre enfant prend-il un ou des médicaments? Oui Non

Si oui, précisez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs : _____

Vote enfant peut prendre son ou ses médicaments sans aide : Oui Non

AUTRES COMMENTAIRES

Merci d'avoir répondu.

Service des loisirs

Municipalité de Cantley