



## QUESTIONNAIRE – ACCOMPAGNEMENT AU CAMP DE JOUR

Voici un formulaire que nous vous demandons de remplir afin que nous ayons un portrait plus complet de votre enfant. Mieux le connaître rime avec mieux l'encadrer et le soutenir afin que votre enfant se sente bien au camp de jour 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 toutes 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***

- Phrases complètes
- Phrases de 2-3 mots
- Mots 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
- Il nous guide 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 ?

---

---

**Comme 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

---

---

---

## DOCUMENTS

En plus du formulaire, vous devez nous transmettre les documents suivants :

- Rapport de l'enseignant(e)
- Rapport d'un(e) spécialiste

## ENVOI DU FORMULAIRE

Envoyez votre formulaire complété à l'adresse suivante : [loisirculture@cantley.ca](mailto:loisirculture@cantley.ca).

