



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 avant le **3 mars 2025** à l'adresse courriel suivante : alexandra.ouellet@grouperdomisa.com

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

PRÉNOM :	NOM :
DATE DE NAISSANCE :	ÂGE :
ADRESSE :	
NOM DU PARENT :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :
COURRIEL :	

HISTORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

CAMP DE JOUR

VOTRE ENFANT EST-IL À SA PREMIÈRE ANNÉE DE CAMP DE JOUR ?	OUI ☐ NON ☐
A-T-IL FRÉQUENTÉ LE CAMP DE JOUR YOUHOU! L'AN DERNIER ?	OUI ☐ NON ☐
SI OUI, BÉNÉFICIAIT-IL D'UN ACCOMPAGNEMENT ?	OUI ☐ NON ☐
SI OUI, Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS DANS SA VIE DEPUIS L'ÉTÉ PASSÉ ?	OUI ☐ NON ☐
SI OUI, SPÉCIFIEZ :	

ANNÉE SCOLAIRE

VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN SUIVI PARTICULIER À L'ÉCOLE ?	OUI ☐ NON ☐
SI OUI, QUEL TYPE DE SUIVI A-T-IL ? (ORTHOPÉDAGOGUE, ORTHOPHONISTE, PSYCHOÉDUCATEUR, ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ, ETC.)	
EST-CE QUE VOTRE ENFANT EST DANS UNE CLASSE SPÉCIALISÉE DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ?	OUI ☐ NON ☐
EST-CE QUE VOTRE ENFANT A UN ACCOMPAGNATEUR EN TOUT TEMPS DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ?	OUI ☐ NON ☐
SI OUI, QUEL TYPE D'ACCOMPAGNEMENT A-T-IL ?	1/1 ☐ 1/2 ☐ 1/3 ☐
DONNEZ-VOUS L'AUTORISATION À LA ZONE YOUHOU! DE COMMUNIQUER AVEC L'INTERVENANT ?	OUI ☐ NON ☐
NOM DE L'INTERVENANT :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'INTERVENANT :	

DESCRIPTION DU PARTICIPANT

Veillez cocher la/les case(s) appropriée(s)

SELON VOUS, VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT :

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

1 ACCOMPAGNATEUR POUR 1 ENFANT	
1 ACCOMPAGNEMENT POUR 2 ENFANTS	
1 ACCOMPAGNATEUR POUR 3 ENFANTS	
SOUTIEN OCCASIONNEL EN GROUPE	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

Communication

Votre enfant se fait comprendre :

Avec difficulté (besoin du soutien) ☐

Facilement ☐

Votre enfant comprend les autres :

Avec difficulté (besoin de soutien) ☐

SPÉCIFIEZ :

Facilement ☐

Votre enfant est en mesure de :

COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE ☐

COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR... ☐

NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...) ☐

COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE ☐

EXPRIMER UNE ÉMOTION ☐ ÉCHANGER AVEC AUTRUI ☐

FAIRE UNE DEMANDE ☐ LIRE ☐

Condition de l'enfant :

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic ? Oui ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? Oui ☐ NON ☐

Si oui, spécifiez :

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Votre enfant a-t-il des difficultés particulières avec les habiletés suivantes :

(Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?

DEMANDER DE L'AIDE	☐	PARTAGER	☐
ATTENDRE SON TOUR	☐	INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT	☐
S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE	☐	EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ	☐
SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE	☐		

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 :

COMPORTEMENTS

Veuillez cocher les comportements manifestés par votre enfant et la fréquence

AGRESSIVITÉ ENVERS SOI. ☐
(SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...)

1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐

1 À 3 FOIS SEMAINE ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI ☐
(MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)

1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐

1 À 3 FOIS SEMAINE ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

OPPOSITION ☐

1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐

1 À 3 FOIS SEMAINE ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

FUGUE ☐

1 À 2 FOIS PAR JOUR ☐ PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR ☐

1 À 3 FOIS SEMAINE ☐ PLUS DE 5 FOIS SEMAINE ☐

DANS QUELS CONTEXTES CES COMPORTEMENTS ONT-ILS TENDANCE À SURGIR ?

DE QUELLE FAÇON SUGGÉREZ-VOUS D'INTERVENIR ? (IGNORER, HUMOUR, REDIRIGER, ETC.)

FORCES ET INTÉRÊTS DE L'ENFANT

QUELLES SONT SES FORCES ?

QUELLES SONT SES CENTRES D'INTÉRÊTS, PASSE-TEMPS ET LOISIRS ?

--

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.

SEMAINES DU CAMP

Cochez les semaines que vous souhaiteriez inscrire votre enfant

SEMAINE 1 : 23 AU 27 JUIN 2025	
SEMAINE 2 : 30 JUIN AU 4 JUILLET 2025	
SEMAINE 3 : 7 AU 11 JUILLET 2025	
SEMAINE 4 : 14 AU 18 JUILLET 2025	
SEMAINE 5 : 21 AU 25 JUILLET 2025	
SEMAINE 6 : 28 JUILLET AU 1ER AOÛT 2025	
SEMAINE 7 : 4 AU 8 AOÛT 2025	
SEMAINE 8 : 11 AU 15 AOÛT 2025	

SERVICE DE GARDE

MON ENFANT FRÉQUENTERA LE SERVICE DE GARDE DU MATIN	
MON ENFANT FRÉQUENTERA LE SERVICE DE GARDE DU SOIR	
MON ENFANT NE FRÉQUENTERA 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