

FICHE SANTÉ

Fiche d'évaluation des besoins

S.V.P. remplir une fiche par enfant

Mon enfant est inscrit au camp de jour de la Municipalité de _____

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

| | | | |
|----------------------------|--|---------------------|--|
| Prénom : | | Sexe : | |
| Nom de famille : | | Date de naissance : | |
| Numéro assurance maladie : | | | |

2. RÉPONDANTS POUR L'ENFANT

1^{er} parent/ tuteur à rejoindre en cas d'urgence

2^e parent ou tuteur à rejoindre en cas d'urgence

| | | | |
|-----------|---------|-----------|---------|
| Nom : | | Nom : | |
| Téléphone | Rés. : | Téléphone | Rés. : |
| | Bur. : | | Bur. : |
| | Cell. : | | Cell. : |

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :

| | |
|----------------------|----------------------|
| Prénom et nom : | Prénom et nom : |
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Téléphone (Rés.) : | Téléphone (Rés.) : |
| Téléphone (autre) : | Téléphone (autre) : |

3. AUTORISATION DES PARENTS

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de _____ à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité de _____ et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

| | |
|--|--|
| <p>Autorisation de communiquer des renseignements</p> | <p>1. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec mon (mes) intervenant(e)s du CLSC ou des services de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSLan) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Nom(s) des intervenant(e)s : _____</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Autorisation de communiquer des renseignements | <p>2. Par la présente, j'autorise les responsables du Camp de jour à entrer en contact avec le personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant au camp de jour.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>École : _____</p> <p>Noms des personnes à contacter : _____</p> |
|---|--|

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature _____

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

4. 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 : |

5. ACCOMPAGNEMENT

| | |
|--|---|
| Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : |
| Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisions : _____ | |

Initiales du parent confirmant la lecture :

6. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

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

7. MÉDICATION

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.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui Non Si oui, veuillez compléter l'annexe : Autorisation de prise d'un médicament

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____
 _____ Prescrit(s) pour : _____

8. 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 (marche dans son sommeil) | |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes? | |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | |

Initiales du parent confirmant la lecture :

| | |
|--|--|
| A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : _____ Raison : _____ Résultats : _____ | |
| A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| 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/chien-guide <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 |

9. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

| | | |
|--|---|--|
| 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 ? 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 des hyposensibilités ou des hypersensibilités sensorielles ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? | |
| A-t-il de la difficulté à exprimer ses 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"/> | |
| 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 | | |

Initiales du parent confirmant la lecture :

| 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"/> Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non) | | |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) | | |
| 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.) _____

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.) : _____

10. CAPACITÉS AQUATIQUES

| | |
|--|--|
| Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul <input type="checkbox"/> Nage seul avec une veste de flottaison individuelle | <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI |
| A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Dernier niveau de natation complété : |

Initiales du parent confirmant la lecture :

| 11. 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 (bricolage, manipulations, insertions, etc.) | | | | |
| | Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.) | | | | |
| Vie quotidienne | Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers) | | | | |
| | Hygiène personnelle | | | | |
| | Précisez (cathéter, couches, etc.): | | | | |
| | Alimentation | | | | |
| | Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.) | | | | |
| | Rester avec le groupe | | | | |
| | Éviter les situations dangereuses (a-t-il conscience du danger ?) | | | | |
| Déplacements | Courts déplacements / au camp (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Autonome (marche) | | | | |
| | Si besoin d'équipement pour les déplacements : | | | | |
| | <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 | | | | |
| | En sortie / longues distances ? <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> différent (précisez) : | | | | |
| Méthode de transfert : <input type="checkbox"/> Avec le soutien de deux personnes <input type="checkbox"/> Utilise un lève-personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> Transfert au même niveau <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) : _____ | | Autres : <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales <input type="checkbox"/> Orthèses poignets <input type="checkbox"/> Corset <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ | | | |