



PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT CAMP DE JOUR 2026  
FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Ce formulaire dûment rempli par le parent ou le tuteur de l'enfant, doit être retourné au plus tard le 30 mars 2023 au service des loisirs de L'Ange-Gardien, par la poste ou en personne, dans une enveloppe cachetée avec l'indication quant à la nature de l'envoi CONFIDENTIEL au 6355, avenue Royale, L'Ange-Gardien (Qc) G0A 2K0 ou par courriel à l'adresse suivante : [directionloisirs@langegardien.qc.ca](mailto:directionloisirs@langegardien.qc.ca)

1. Identification de l'enfant		
Prénom et nom :	Sexe (f/m)	Date de naissance :

2. Identification des parents ou du tuteur	
<b>Mère</b>	<b>Père</b>
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone maison :	Téléphone maison :
Téléphone bureau :	Téléphone bureau :
Cellulaire :	Cellulaire :
Courriel :	Courriel :
<b>Tuteur légal (s'il y a lieu)</b>	<b>Autres contacts en cas d'urgence (autres que les parents)</b>
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone maison :	Téléphone maison :
Téléphone bureau :	Téléphone bureau :
Cellulaire :	Cellulaire :
Courriel :	Courriel :

3. Les ressources de l'enfant (intervenant, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, orthophoniste, etc.)	
Nom de l'organisme :	
Prénom et nom de l'intervenant :	
Téléphone bureau :	Cellulaire :

4. Évaluation des mesures à mettre en place afin de faciliter la participation de l'enfant

Précisez la nature des limitations de l'enfant :

Intellectuelle	Légère	Moyenne	Sévère
Précisez :			
Autisme et troubles envahissants du développement (TED)	Asperger	TED non spécifié	Sévère
Précisez :			
Motrice			
Précisez :			
Visuelle			
Précisez :			
Auditive			
Précisez :			
Trouble du langage et de la parole	Expression	Compréhension	Mixte
Précisez :			
Trouble déficitaire de l'attention (TDAH)	Avec hyperactivité	Sans hyperactivité	
Précisez :			
Psychique (santé mentale)			
Précisez :			
Santé restrictive (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète)			
Précisez :			
Autre(s)			
Précisez :			

5. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

PRÉCISEZ LA NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT. EST-CE QU'IL ADOPTE LES COMPORTEMENTS SUIVANTS?	OUI	NON	OCCASIONNELLEMENT
Mord			
Crache			
Frappe			
Bouscule			
Crie			
Utilise un langage inapproprié			
S'oppose aux consignes et aux règles			
S'éloigne du groupe (fugue)			
Brise le matériel			
Intolérance au bruit			

(SUITE) PRÉCISEZ LA NATURE DES LIMITATIONS DE L'ENFANT. EST-CE QU'IL ADOPTE LES COMPORTEMENTS SUIVANTS?	OUI	NON	OCCASIONNELLEMENT
Éveil sexuel			
Difficulté avec les transitions d'activités			
Difficulté à gérer les situations imprévues			
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels			
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)			
Autre :			

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

ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION LORS DES SITUATIONS DE VIE ÉNONCÉES, L'ENFANT A BESOIN :	AIDE CONSTANTE	AIDE OCCASIONNELLE	SUPERVISION VERBALE	AUCUNE AIDE
<b><u>Autonomie</u></b>				
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
Hygiène personnelle				
Précisez :				
Alimentation (ex. : repas et collation)				
Prise de médicaments				
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos)				
Rester avec le groupe				
Éviter les situations dangereuses (consignes du danger)				
<b><u>Participation aux activités</u></b>				
Stimulation à la participation				
Interaction avec les adultes				
Interaction avec les autres enfants				
Fonctionnement en groupe				
Activité de motricité globale (sports, jeux, psychomoteurs, ballon, etc.)				
Baignade				

(SUITE) ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SUPERVISION LORS DES SITUATIONS DE VIE ÉNONCÉES, L'ENFANT A BESOIN :	AIDE CONSTANTE	AIDE OCCASIONNELLE	SUPERVISION VERBALE	AUCUNE AIDE
<b>Communication</b>				
Communication avec les autres				
Compréhension des consignes				
Se faire comprendre				
<b>Déplacement (si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)</b>				
Marche en terrain accidenté				
Marche sur de longues distances				
Escaliers				
Autobus				

<u>AIDE À LA MOBILITÉ</u>	OUI	NON	PRÉCISEZ
Utilisation d'un fauteuil roulant			
Utilisation d'une marchette			
Utilisation d'une canne ou béquille			
<u>AIDE À LA COMMUNICATION</u>	OUI	NON	PRÉCISEZ
Utilisation de pictogramme, tableau, ordinateur			
Langage des signes			
Gestes			
<u>PEUR</u>	OUI	NON	PRÉCISEZ
L'enfant a-t-il des peurs ou des phobies?			

Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, comme sortie en autobus, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, etc.?
Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant présentant une limitation (ex. : horaire imagé, pauses, carnet de route, récompenses, ciseaux adaptés, etc.)

Quels sont les forces et intérêts de l'enfant?		
Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisirs pendant la période de septembre à mai?	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Si oui, précisez :		
Si oui, a-t-il les services d'un accompagnateur et autre pour participer à ces activités?		
Si oui, indiquez le nom et le numéro de téléphone de cette personne :		
Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois au camp de jour de L'Ange-Gardien?	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Si non, votre enfant bénéficiait-il de services d'accompagnement?		
Quel était le nom du dernier accompagnateur?		
Désirez-vous, si possible, le même accompagnateur?		

## 6. Signature et autorisation du parent ou du tuteur

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du service d'accompagnement à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des informations complémentaires. Je m'engage à informer le personnel de tout changement pouvant avoir un impact sur la participation de mon enfant au camp de jour de L'Ange-Gardien.

Signature

Date

Prénom et nom en lettres moulées

En inscrivant mon nom dans la case signature électronique ci-après, je confirme ma signature.

Signature électronique

Date

Heure

