

**FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT**

Guide des demandes d'accompagnement un pour un

Le formulaire doit être transmis à municipalité le **13 août au plus tard**. Pour que la demande d'accompagnement soit admissible, elle doit être remplie lisiblement et toutes les questions doivent être répondues.

**1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et son responsable**

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province <b>QC</b>	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge (au 15 avril 2026) ans	Courriel
Parent 1 — Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Sexe de l'enfant    F    M
Parent 2 — Nom du parent ou du responsable	Prénom		Lien avec l'enfant
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)		Courriel
L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> deux parents <input type="checkbox"/> parent 1 <input type="checkbox"/> parent 2 <input type="checkbox"/> autre (précisez) :		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au service de garde : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Oui — si oui, quel est l'âge de cet (ces) enfant(s) :	
L'enfant est-il dans une classe régulière non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Quels sont les services offerts par l'école (ex. : heures TES en 1/1, ratio classe plus petit) : Service : Fréquence :	

**2. Historique d'accompagnement**

Votre enfant a-t-il fréquenté le service de garde l'an passé ?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, répondre aux questions de la colonne de droite)	Y a-t-il eu des changements significatifs dans sa vie depuis l'été passé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez :
--	---

**3. Statut du diagnostic de l'enfant**

**Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic**  
 Non     Oui  
 (si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la **section 5**)

**Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic**  
 Non     Oui

**4. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)**

Intervenant(s)	CIUSSS de Chaudière-Appalaches			Commission scolaire _____	
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)	École (précisez)	Autre (précisez)
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Nom du professionnel					

Titre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Téléphone (incluant le numéro du poste)					
Aucun intervenant ne suit mon enfant : <input type="checkbox"/>					

### 5. Nature des limitations de l'enfant

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> sévère
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	<input type="checkbox"/> autisme léger <input type="checkbox"/> autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> asperger <input type="checkbox"/> TED non spécifié	<input type="checkbox"/> autisme moyen	<input type="checkbox"/> autisme sévère
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	<input type="checkbox"/> fine	<input type="checkbox"/> globale	<input type="checkbox"/> fine et globale
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole	<input type="checkbox"/> expression	<input type="checkbox"/> compréhension	<input type="checkbox"/> mixte
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> sans hyperactivité (TDA)	<input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)	
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité
<input type="checkbox"/> Santé particulière (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :		

### 6. Évaluation de l'attitude et des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants ?				
COMPOTEMENTS	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7. Interventions privilégiées

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

### 8. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de Service de garde (ex. : sortie à l'extérieur du site de camp, etc.) ?

Non     Oui (si oui, précisez :)

### 9. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période des mois de septembre à mai ?

Non     Oui

Si oui, quelle(s) activité(s) ?

Et auprès de quelle(s) organisation(s) ?

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement

Non     Oui

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement [animateur/enfant]

1/1    1/2    1/3    Autre :

## 10. Évaluation du degré de supervision

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	1. Aide constante	2. Aide fréquente	3. Aide ponctuelle	4. Supervision verbale	5. Aucune aide
<b>1. Autonomie</b>					
Habillement [ex. : se vêtir, attacher ses souliers]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle [ex. : toilette] Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation [ex. : repas et collation]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels [ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses [conscience du danger]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Participation aux activités</b>					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité fine [bricolage, manipulations, insertions, etc.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale [sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Communication</b>					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Déplacement</b> [Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante]					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	Oui	Non	Précisez
<b>5. Aide à la mobilité</b>			
Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. Aide à la communication</b>			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 11. Recommandation d'un intervenant

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT**

(CIUSSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP, ETC.)

#### Message destiné à l'intervenant

Au moment de réaliser une demande d'évaluation des besoins, le responsable de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle afin de savoir si l'intégration au camp de jour, selon le programme qui est proposé, est l'alternative estivale qui convient à l'enfant.

#### Identification de l'enfant

Nom de l'enfant

Site de service de garde

Diagnostic

#### Recommandations pour le service de garde

- . une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :  Non  Oui  
(si oui, passez à la question 4)
- . l'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :  
 1/1  1/2  1/3
- . l'accompagnement idéal serait réalisé par :  
 Autre, précisez :
- . l'enfant peut intégrer un groupe de :  
 une femme  un homme  
 sans importance  
 son âge  plus jeune  
 plus vieux

#### Signature de l'intervenant

Nom

Date (aaaa/mm/jj)

Organisation

Téléphone (incluant le numéro du poste)

Titre

Courriel

### Capacité de l'enfant à participer à une journée type de service de garde

ACTIVITÉS	Capacité de l'enfant à participer à l'activité			OUTILS / INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER
	Avec facilité	Avec difficulté	Aucune	
<b>Rassemblement</b> (grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Déplacements</b> (suivre un groupe, faire un rang, marcher plusieurs minutes, terrain pouvant être accidenté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Communications</b> (expression de ses besoins et de ses émotions, gestion de relations avec les pairs et les adultes, communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Jeux structurés</b> (compréhension des règles du jeu / respect de consignes, attendre son tour, se concentrer pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Jeux sportifs</b> (gérer l'esprit de compétition, respecter les consignes, motricité globale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Bricolages</b> (suivre un modèle, motricité fine, utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Repas</b> (demeurer assis au sol ou sur une table de pique-nique, autonomie, gestion de sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Piscine</b> (se changer de vêtements, piscine bondée, éclaboussures, beaucoup de bruit, gestion des objets personnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sorties</b> (prendre l'autobus, visiter un nouvel environnement, bruit, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Quotidien au camp de jour</b> (bouleversement à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, intégration dans un groupe de 10 à 20 enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Dans le cas d'une désorganisation****Comportements observables** (fréquence, intensité, durée)**Interventions à privilégier****12. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant ?****13. Consentements, autorisations et signature du répondant***\*\*\* Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. \*\*\**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Je comprends que pour une raison de santé et de sécurité, la municipalité pourrait ne pas être en mesure d'offrir le service de garde à mon enfant pour l'année scolaire 2026-2027.   |  |
| 2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets.<br><b>Dans le cas contraire, la direction du service de garde se réserve le droit de considérer la demande non admissible.</b>  |  |
| 3. Je comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début du service de garde ou pendant l'année scolaire,<br><b>la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse.</b>         |  |
| 4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du service de garde à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 4 et 11 de ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.   |  |
| 5. Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées aux sections 4 et 11 de ce formulaire. De plus, je les autorise à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande. |  |
| 6. Je m'engage à respecter la décision du comité d'analyse.  |  |
| 7. Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.   |  |

**Signature****Date** (aaaa/mm/jj)**Nom en lettres majuscules****Lien avec l'enfant**