

NOM DU CAMPEUR :

(en lettres moulées S.V.P.)

Veillez prendre note que les renseignements demandés sur cette page, nous sont OBLIGATOIRES et uniquement pour des fins de composition de sous-groupes, pour l'organisation de nos activités de plein air et pour le bien-être de chaque campeur.

Portrait du campeur...

	<u>Bonne</u>	<u>Moyenne</u>	<u>Passable</u>
Adaptation à un nouveau milieu :	_____	_____	_____
Endurance physique et condition musculaire:	_____	_____	_____
Participation aux activités de groupe :	_____	_____	_____
Sportive :	_____	_____	_____
Excursions :	_____	_____	_____
Bricolages :	_____	_____	_____
Jeux d`adresse :	_____	_____	_____
Aquatique :	_____	_____	_____
Participation aux activités en général	_____	_____	_____

Autre... Précisez : _____

COMPORTEMENT : Le campeur a-t-il des problèmes de comportement qui devraient être connus?

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Quelquefois</u>
Agressivité (possible) :	_____	_____	_____
Tendance à mentir :	_____	_____	_____
Tendance à voler :	_____	_____	_____
Tendance à l'isolement :	_____	_____	_____
Tendance à la fugue	_____	_____	_____
Manque d'orientation :	_____	_____	_____
Autres... Précisez :	_____	_____	_____

AUTONOMIE

	<u>Tout seul</u>	<u>Avec aide</u>	<u>Non</u>
Peut-il marcher?	_____	_____	_____
Peut-il courir?	_____	_____	_____
Peut-il voir à son hygiène personnelle ?	_____	_____	_____
Peut-il voir a ses effets personnels ?	_____	_____	_____
Peut-il gérer son argent de poche ?	_____	_____	_____
Peut-il nager ?	_____	_____	_____
Peut-il manger ?	_____	_____	_____
Peut-il s'habiller ?	_____	_____	_____
Peut-il s'occuper seul de ses affaires ?	_____	_____	_____

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
Problème visuel?	_____	_____
Problème d'élocution?	_____	_____
Incontinence?	_____	_____
Somnambule?	_____	_____
<u>Prothèse dentaire</u>	_____	_____
Problème auditif!	_____	_____

La personne a-t-elle un appareil auditif! _____

Si oui vérifier que les piles soient en bon fonctionnement et que les consignes d'utilisation et de nettoyage de l'appareil du client soient fournies. _____

* Le campeur utilise-t-il un fauteuil roulant ou une prothèse adaptée pour faciliter ses déplacements?

Oui _____ Non _____ Si oui lesquels : _____

Il est très important de donner les renseignements demandés.

NOM : _____

Pour faciliter nos rapports avec le campeur, veuillez inscrire vos commentaires sur le comportement, les attitudes et les intérêts du campeur :

Mes activités préférées : _____

Les activités que je dois éviter de faire : _____

Mes habitudes sont : _____

Mes mauvaises habitudes sont : _____

Suivi du comportement sur le camp :
Intervention souhaitable en cas de problèmes majeurs

Suite à une intervention majeure de l'équipe d'animation, le responsable du camp communiquera avec les parents ou autres responsables du campeur.

REMARQUE : *Un campeur qui présente des difficultés d'adaptation à la vie de camp et qui par ses attitudes porterait un risque de désorganisation dans son groupe ou sur sa propre personne sera retiré de la vie de camp et retourné chez lui. Ceci à ses frais ou aux frais de son responsable, selon les dépenses occasionnées dû à cette situation (dite à risque).*

Signature du Parent (tuteur) : _____

Nom, prénom : _____
(en lettres moulées S.V.P.)

Date : _____

NOM DU CAMPEUR : _____
(en lettres moulées S.V.P.)

À TENIR COMPTE :

HYGIÈNE : Autonome : Oui Non Supervision : Oui Non

DOUCHE : Oui Non BAIN : Oui Non

SPÉCIFIEZ :

Je brosse mes dents seul Oui Non avec aide

Je fais ma barbe seul Oui Non Ne s'applique pas

Je change mes serviettes sanitaires seule Oui Non Ne s'applique pas

Je m'habille seul(e) Oui Non

Je choisis mes vêtements seul(e) et en fonction de la température Oui Non

Je contrôle : mon urine Oui Non mes selles Oui Non Besoin d'un rappel Oui Non

Je vais à la toilette seul(e) : Oui Non

INCONTINENCE : Oui Non Si oui, Jours Nuit

URINAIRE: Oui Non / **INTESTINALE :** Oui Non

* Le campeur porte t'il des culottes d'incontinence ? Oui Non

* Le campeur change t'il sa culotte seul ? Oui Non

PROBLÈMES INTESTINAUX : Oui Non Constipation Diarrhée

ÉLIMINATION : Fréquence par jour _____ Moment de la journée _____
spécifiez : _____

ALIMENTATION : Autonome : Oui Non Supervision : Oui Non

APPÉTIT : Bon Moyen Petit

Couper en petits morceaux : Oui Non

Me répéter de manger lentement: Oui Non

Le campeur peut-il boire du café ? Oui Non

Allergie Alimentaire : Oui Non

SPÉCIFIEZ :

SPÉCIFIEZ toute information supplémentaire ou pertinente face à son alimentation :

Mes mets préférés sont :

Je suis difficile : Oui Non

Le campeur n'aime pas certain mets ? Oui Non

SPÉCIFIEZ

SOMMEIL : _____

* *Le campeur a-t-il besoin d'une surveillance particulière pour la nuit? Oui Non*

Si oui_____ Spécifiez : _____

* *Le campeur dort-il bien? _____ Heure du coucher : _____ Heure du lever : _____*

La nuit, je me lève : Souvent Occasionnellement Jamais

La nuit, je me lève pour aller à la toilette : Souvent Occasionnellement Jamais

MÉDICATION : _____

Je prends des médicaments: Oui Non Avec eau Avec purée

Je prends la pilule anticonceptionnelle : Oui Non Ne s'applique pas

J'utilise certaine crème : Oui Non

Applicable sur quel partie de mon corps : _____

Autres particularités en santé : _____

ARGENT : _____

À SURVEILLER : _____

Veillez fournir toute information supplémentaire (habitudes acquises, comportements, sexualité à surveiller etc.) susceptible d'aider les moniteurs à assurer un meilleur séjour au campeur

SIGNATURE DU RESPONSABLE : _____

Communication & Langage: *Sa façon de communiquer ?*

Lors de mon premier contact avec quelqu'un il est préférable : _____

Je m'exprime par des gestes: Oui Non

Si oui Précisez? _____

Et Les gestes que je fais sont: _____

Mon niveau de compréhension est : Normal moyen Faible

Ma façon de comprendre? _____

J'exprime ma JOIE comment ? _____

J'exprime ma PEINE comment ? _____

J'exprime mon ACCORD comment ? _____

J'exprime mon DÉSACCORD comment ? _____

Que lui dites-vous en cas de crise ? _____

Intervention à privilégier ? _____

Mes réactions en état de stress ? _____

Mon «parlé» est Très Moyennement ou Peu Compréhensible

Je parle très Lentement Rapidement Normal

Sécurité & Déplacement:

A-t-il (elle) des peurs? _____

Comment réagit-il (elle) ? _____

Pour me sécuriser ? _____

A-t-il (elle) des notions de danger ? : Oui Non Si oui spécifiez : _____

Je me déplace seul(e) ou Avec de l'aide

Avec un fauteuil roulant: Oui Non Manuel Électrique

Avec une marchette : Oui Non

J'utilise une prothèse: Oui Non

Est-ce que l'utilisation du lève personne est nécessaire: Oui Non

J'ai besoin de soins particuliers concernant les déplacements et positionnements: Oui Non

Spécifiez : _____

Forces/Besoins : Qu'est-ce qu'il (elle) aime ? _____

Qu'est-ce qu'il (elle) n'aime pas ? _____

Où et dans quoi est-il (elle) bon(ne) ? _____

Comportement : Que fait-il (elle) quand il (elle) est contrarié(e)? _____

Que fait-il (elle) quand il (elle) est content(e)? _____

Que faites-vous? _____

Qu'est-ce qui le (la) calme? _____

Exagération du besoin d`attention? : Oui Non si oui, Fort Faible

Expliquez : _____

De nature générale :

Actif ou Passif Pardon ou Revenge

Patient ou Impatient Rebelle ou Docile

Calme ou Agité Passionné ou Indifférent

Solitaire ou Groupé Doux ou Brusque

SIGNATURE DU RESPONSABLE X _____

Date : _____/_____/_____
jj / mm / aaaa

TYPE DE DÉFICIENCE :

Légère

Moyenne

Profonde

Précisez le type de déficience : _____

Ratio d'encadrement :

1/1

1/2

1/3

1/4

1/5

1/6

Le campeur souffre-t-il :

Oui

Non

-D'asthme

Pompe _____

-Diabète

Insuline _____ : Comprimé Injection

Besoin de prendre
le taux de sucre

-Hépatite B

-Épilepsie

Date de la dernière crise : ____/____/____

Absence ou Convulsion

jj / mm / aaaa

Préciser les symptômes indicateur d'une possible crise _____

Préciser le comportement lors de la crise _____

-Problème cardiaque ♥

ALLERGIES

-Animaux

-Pénicilline

-Autre médicament

-Allergie aux arachides

-Allergie alimentaire

Précisez : _____

À SIGNER SI LE CAMPEUR A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ au campeur.

Signature du responsable : _____

Date : ____/____/____
jj / mm / aaaa