



## 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 à 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?	_____	_____
Prothèse dentaire	_____	_____
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 : \_\_\_\_\_

**NOM DU CAMPEUR :** \_\_\_\_\_

*(en lettres moulées S.V.P.)*

***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

**NOM DU CAMPEUR :**

(en lettres moulées S.V.P.)

**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 quelle 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 :** \_\_\_\_\_

**NOM DU CAMPEUR :** \_\_\_\_\_

*(en lettres moulées S.V.P.)*

## **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 : \_\_\_\_\_

**NOM DU CAMPEUR :** \_\_\_\_\_

(en lettres moulées S.V.P.)

**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

**NOM DU CAMPEUR :** \_\_\_\_\_

(en lettres moulées S.V.P.)

**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