

PROFIL DE SOUTIEN INDIVIDUALISÉ POUR LES ENFANTS/JEUNES

GÉNÉRAL

NOM : 	DATE DE NAISSANCE : 	Diagnostic/Condition :
Votre enfant a-t-il besoin d'un soutien supplémentaire (supervision) pendant les activités scolaires ou structurées?	Oui ☐ Veuillez préciser (à temps plein, à temps partiel, uniquement pour certaines activités) : Non ☐	
AIME : Indiquez si l'enfant préfère les activités à l'extérieur ou à l'intérieur *Veuillez encourager l'enfant/le jeune à répondre à cette question*	Activités à l'extérieur : 	
	Activités à l'intérieur : 	
N'AIME PAS : *Veuillez encourager l'enfant/le jeune à répondre à cette question*		
Peurs et/ou activités ou stimuli déclencheurs connus : *Veuillez encourager l'enfant/le jeune à répondre à cette question*		
Stimuli ou activités connus pour aider à apaiser ou calmer votre enfant : *Veuillez encourager l'enfant/le jeune à répondre à cette question*		

MOBILITÉ ET SOINS PERSONNELS

Avez-vous des remarques concernant la mobilité? P. ex., endurance, équilibre, autonomie dans les déplacements, etc.	
Votre enfant a-t-il besoin d'aide lors des repas? Veuillez décrire les informations nécessaires pour mieux l'aider.	
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour se laver les mains? Veuillez décrire les informations nécessaires pour mieux l'aider.	
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour aller aux toilettes? P. ex., surveillance, couches, produits menstruels ou rappels pour aller aux toilettes	

SENSORIEL

Votre enfant a-t-il des difficultés avec les stimuli sensoriels? P. ex., les sons, les images, les textures, les odeurs, etc.	
Le campeur a-t-il des restrictions alimentaires?	

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, votre enfant devra-t-il prendre des médicaments pendant les heures du programme?	Oui ☐ Un formulaire d'autorisation d'administration de médicaments sera requis. Non ☐

SOCIAL

Comment le participant se comporte-t-il dans les situations sociales?	En tête-à-tête : En groupe :
--	---

Comment le participant interagit-il avec les adultes ou les figures d'autorité? A-t-il du mal à communiquer ses émotions/sentiments?	
--	--

COMPORTEMENT	
Votre enfant a-t-il actuellement ou a-t-il déjà eu tendance à partir de lieux surveillés sans permission (fugue)? Veuillez décrire les informations nécessaires pour mieux l'aider.	
Quels sont les comportements courants de votre enfant dont le personnel devrait être informé? P. ex., risque de fuite, automutilation	
Quelles sont les stratégies qui aident à apaiser les émotions de votre enfant et à favoriser les comportements positifs?	
RENSEIGNEMENTS ET RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	
Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire qui, selon vous, pourrait améliorer l'expérience de votre enfant. P. ex., dispositifs de trajectoire, bracelets d'urgence, outils de communication	
Si possible, veuillez indiquer toute ressource susceptible de fournir des informations et du contexte, telle que des aides-soignants, des aides à domicile, des assistants scolaires, des professionnels de santé, des associations locales, etc.	

