



Demande de service d'accompagnement – Été 2018 Pour un enfant aux besoins particuliers

Nom de l'enfant :	Prénom :
Nom du père ou de la mère :	Prénom :
Adresse courriel :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Âge : _____ Date de naissance : _____	
Nom de la personne à rejoindre en cas d'urgence :	N° d'urgence : _____

Identification

Type de déficience :

- Auditive Intellectuelle Physique Autisme Visuelle Trouble envahissant du développement
 Trisomie Trouble du langage et de la parole Problème de santé mentale Autres : _____

S.V.P., complétez la section suivante en tenant compte des capacités de votre enfant lorsqu'il fait face à la nouveauté.

Autonomie de la personne ayant une déficience (répondre à toutes les questions)

2.1 Communication

- Langage utilisé : Verbal Non verbal
 Gestuel Un appareil de communication
 Pictogramme (tableau Bliss ou autres)

2.2 Compréhension

- L'enfant se fait comprendre de quelle façon? _____
 Facilement Difficilement
 La personne comprend : _____
 Facilement Difficilement

2.3 Alimentation

- L'enfant a besoin d'aide pour :
- | | | |
|--------|------------------------------|------------------------------|
| Manger | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Boire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

2.4 Habillement

- L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller :
 Oui Non
 Combien de temps prend-il pour enfiler un maillot? _____

2.5 Déplacements

- L'enfant se déplace :
- | | | |
|-----------------------|--|------------------------------------|
| À l'intérieur : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide |
| À l'extérieur : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide |
| En fauteuil roulant : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide |
| | <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas | |

2.6 Soins personnels

- L'enfant a besoin d'aide pour :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ses soins personnels | <input type="checkbox"/> Aller à la toilette |
|---|--|
- Précisez : _____

 Autres : _____

2.7 Problèmes de santé particuliers

- L'enfant a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur :
 Oui Non
- Si oui, nature des problèmes :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave |
| <input type="checkbox"/> Diète spéciale | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Allergie sévère | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Si allergie, spécifiez :

Médicaments à administrer :

- Oui Non

Si médication, précisez :

2.8 Problèmes de comportement

- L'enfant a des troubles de comportement :
 Oui Non
- Si oui, quelle est la nature des problèmes et de quelle manière ceux-ci se manifestent-ils?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même | <input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres |
| <input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle | <input type="checkbox"/> Opposition régulière |
| <input type="checkbox"/> Fugue | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
- Interventions appropriées selon la situation : _____

2.9 Interventions particulières de l'accompagnateur

- Interventions requises par l'accompagnateur :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rappel des consignes | <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation | <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture |
| <input type="checkbox"/> Aide au transfert | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Si nécessaire, joindre une autre feuille afin de donner plus d'information.