

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom: _____ Nom: _____

Nom du parent : _____

Téléphone (1) : _____ # Téléphone (2) : _____

Adresse : _____

Date de naissance: _____ (Jour-Mois-Année) Âge : _____

Nombre de semaines d'accompagnement désirées : _____. SVP cocher toutes les semaines qui s'appliquent :

☐ **Semaine 1:** 27 au 30 juin☐ **Semaine 3:** 10 au 14 juillet☐ **Semaine 6:** 31 juil. au 4 août*(relâche le 2023-06-26)*☐ **Semaine 4:** 17 au 21 juillet☐ **Semaine 7:** 7 au 17 août☐ **Semaine 2:** 4 au 7 juillet☐ **Semaine 5:** 24 au 28 juillet☐ **Semaine 8:** 14 au 18 août*(relâche le 2023-07-03)*

PROFIL SENSORIELLE DE L'ENFANT

1. L'enfant démontre-t-il des particularités sensorielles?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez cocher:

☐ Auditive :☐ Devient surexcité ou hyperactif si beaucoup de bruit☐ Semble hypersensible aux bruits☐ Semble ne pas entendre certains bruits☐ Autre : _____☐ Visuelle:☐ Semble hypersensible à la lumière☐ A des difficultés de coordination œil- main☐ Est porté à inverser certaines lettres ou chiffres☐ Autre : _____☐ Tactile :☐ Hypersensible

- ☐ Hypo sensible
- ☐ Particularités envers certains aliments nutritifs

☐ Autre : _____

☐ Attention et concentration :

- ☐ Semble avoir de la difficulté à se rappeler certaines choses
- ☐ Semble avoir de la difficulté à suivre les instructions
- ☐ Semble ne pas vous comprendre à l'occasion
- ☐ Semble quelque fois lunatique et est alors difficile à atteindre
- ☐ Autre :

☐ Autres : _____

COMMUNICATION

2. L'enfant arrive-t-il bien à comprendre les consignes:

- ☐ Simple (une seule étape à la fois)
- ☐ Double (deux étapes à la fois)
- ☐ Multiple (plus de deux étapes à la fois)
- ☐ Nécessite un support visuel (photo/pictogramme, langage des signes)

Précisez: _____

3. Utilise-t-il déjà un système de communication à la maison ou à l'école?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser: _____

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- 4. La propreté est-elle acquise? ☐ Oui ☐ Non
- 5. Si oui, est-il autonome pour s'essuyer? ☐ Oui ☐ Non
- 6. Un équipement spécialisé est-il nécessaire? ☐ Oui ☐ Non
- 7. L'enfant porte-il des orthèses ou prothèses? ☐ Oui ☐ Non
- 8. Est-ce que l'enfant peut :
 - a) Monter ou descendre un escalier: ☐ Oui ☐ Non
 - b) Marcher une longue distance: ☐ Oui ☐ Non

c) Marcher une courte distance: ☐ Oui ☐ Non

9. Motricité fine :

- Éprouve des difficultés lors des activités de manipulation fine : ☐ Oui ☐ Non
- Préfère les activités extérieures aux jeux de table : ☐ Oui ☐ Non
- Est porté à manger de façon négligée : ☐ Oui ☐ Non
- Préfère les activités de table ou le bricolage aux jeux extérieurs : ☐ Oui ☐ Non

10. Motricité globale :

- Éprouve de la difficulté à sautiller ou sauter : ☐ Oui ☐ Non
- N'aime pas participer à des activités réglementées (sports ou jeux...) : ☐ Oui ☐ Non

PARTICULARITÉS COMPORTEMENTALES

11. Votre enfant démontre-t-il des particularités comportementales ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles?

- ☐ Agressivité envers lui-même
- ☐ Agressivité envers les autres
- ☐ Opposition occasionnelle
- ☐ Opposition régulière
- ☐ Risque de fugue
- ☐ Impulsivité
- ☐ Hyperactivité
- ☐ Tolère mal les changements, aime la routine
- ☐ Présente des excès de colère/ragé

☐ Autres : _____

12. Est-ce que votre enfant adopte les comportements suivants :

- | | |
|-------------------------|--|
| Mord | ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement |
| Crache | ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement |
| Frappe/ graffigne | ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement |
| Bouscule/ Secousse | ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement |
| Destruction du matériel | ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement |
| Éveil sexuel | ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement |

13. Veuillez préciser dans quelles situations les particularités comportementales risquent d'apparaître (ex. : contexte, antécédent, etc.)

14. Dans la mesure où les particularités comportementales apparaissent, quelles sont les actions ou interventions à privilégier?

15. Quelles sont les meilleures façons de l'encourager et de le motiver? (Si non spécifié à la question précédente)

16. A t-il déjà un système disciplinaire à la maison ou à l'école (tableau d'émulation, retrait, etc.)? Si oui, veuillez préciser.

17. Est-ce que votre enfant a déjà un système de renforcements à la maison ou à l'école? (si non spécifié dans une question précédente)

PROFIL SOCIO ÉMOTIONNEL DE L'ENFANT

18. Face à l'adulte :

- | | |
|---|---|
| ☐ Recherche sa compagnie | ☐ Essaie de s'affirmer |
| ☐ Très indépendant | ☐ Distant |
| ☐ Évite tout contact | ☐ Accepte parfois les conseils |

19. Face aux demandes, quelle est sa réaction?

- | | |
|--|--|
| ☐ Toujours obéissant | ☐ Résiste fréquemment avec ténacité |
| ☐ Généralement obéissant | ☐ Est insubordonné |
| ☐ Résiste occasionnellement | ☐ Autres : _____ |

20. Lors d'une activité :

- | | |
|--|--|
| ☐ Ambitieux | ☐ Fonctionne par punition et récompense |
| ☐ Besoin d'encouragements | ☐ Évite tout effort |
| ☐ Besoin de stimulations | ☐ Prend des initiatives |
| ☐ Préfère jouer seul | ☐ A de la difficulté à s'entendre avec les autres |

21. Affirmation de soi/ relations avec les pairs

- | | |
|---|---|
| ☐ S'obstine pour défendre ses idées | ☐ N'accepte pas les conseils |
| ☐ Fait face aux obstacles | ☐ Est timide/ renfermé |
| ☐ N'a pas d'amis | ☐ Semble manquer de confiance en soi |
| ☐ A des amis stables | ☐ Est téméraire |
| ☐ Change souvent d'amis | ☐ Évite les conflits |
| ☐ Est populaire, on apprécie sa présence | |

22. Réactions émotives :

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Colérique | ☐ Calme |
| ☐ Enjoué | ☐ Triste |
| ☐ Craintif | ☐ Boudeur |

INTÉRÊTS ET FORCES DE L'ENFANT

23. Quelles sont les forces/qualités de l'enfant?

24. Quelles sont les activités préférées de l'enfant?

25. Quelles sont les activités que l'enfant aime moins ou pas du tout?

26. Qu'est-ce que l'enfant aime le plus?

27. Qu'est-ce que l'enfant aime le moins?

INTEGRATION SOCIALE

28. L'enfant a-t-il des restrictions quant à certaines activités récréatives?

29. Comment l'enfant réagit-il à de nouvelles situations?

30. Comment l'enfant interagit avec :

Ses pairs :

Les détenteurs de l'autorité :

Les étrangers :

31. Comment aider l'enfant à s'adapter à de nouvelles personnes, activités ou expériences.

AUTRES INFORMATIONS JUGÉES PERTINENTES

RENSEIGNEMENTS PSYCHOSOCIAUX

32. Recevez-vous des services des établissements suivants pour votre enfant? (Cochez dans le cas échéant)

☐ Santé Mentale Jeunesse (SMJ)

☐ CISSS de l'Ouest-de-l'Île

☐ CRDI-CROM

☐ Autre : _____

33. Veuillez indiquer au moins un intervenant ou professionnel de la santé présent au dossier de l'enfant :

1. Nom :

Titre ou poste occupé :

Nom de l'établissement :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

2. Nom :

Titre ou poste occupé :

Nom de l'établissement :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

J'autorise les institutions cochées à la question 32 et l'intervenant référent au dossier de l'enfant à échanger des renseignements tels que :

- Plan d'intervention;
- Renseignements sur les besoins d'encadrement de l'enfant;
- Renseignements concernant la routine de l'enfant;
- Renseignements sur le comportement social de l'enfant lorsqu'il est en activité de groupe.

Cette autorisation est valide pour la période estivale : **MAI 2023 À SEPTEMBRE 2023.**

Signature du parent/tuteur :

Date :

Signature du parent/tuteur :

Date :