

# FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PROGRAMME DE SOUTIEN



**Important ! La candidature de votre enfant sera soumise à un comité d'évaluation. Cette mesure est mise en place afin de nous assurer de pouvoir répondre adéquatement aux besoins de votre enfant.**

**Ce formulaire doit être reçu au plus tard le 10 mars 2024.**

## Informations personnelles de l'enfant

Nom :	Prénom :	Date de naissance : (AA/MM/JJ)
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Adresse :	
Ville :	Code postal :	App. :
<b>Nature du handicap :</b> <input type="checkbox"/> Intellectuel <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale <input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> Autre (précisez):		

## Informations personnelles du parent ou tuteur

Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Courriel :	Tél. (bureau) :	

## Personne contact en cas d'urgence

Nom :	Prénom :	Tél. (résidence) :
Lien avec l'enfant :	Tél. (bureau) :	
L'enfant utilise-t-il un moyen pour compenser son handicap (une prothèse, une orthèse, un fauteuil roulant, etc.?) :		

## Portrait de l'enfant

### Autonomie

<b>COMMUNICATION</b>	<b>Langage utilisé :</b> <input type="checkbox"/> Parlé <input type="checkbox"/> Non verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Appareil de communication
L'utilisation de pictogrammes, tableau ou ordinateur est-elle recommandée? Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>COMPRÉHENSION</b>	<b>L'enfant se fait comprendre :</b> <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <b>L'enfant comprend :</b> <input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement

<b>ALIMENTATION</b>	<p><b>L'enfant a besoin d'aide pour :</b></p> <p>Manger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Boire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>L'enfant a une diète spéciale :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<b>HABILLEMENT</b>	<p><b>L'enfant a besoin d'aide pour :</b></p> <p>S'habiller : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<b>DÉPLACEMENTS</b>	<p><b>L'enfant se déplace :</b></p> <p>À l'intérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide</p> <p>À l'extérieur : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide</p> <p>En fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>Autre appareil (précisez) : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p>
<b>SOINS PERSONNELS</b>	<p><b>L'enfant a besoin d'aide pour :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ses soins personnels</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence</p> <p><input type="checkbox"/> Aller à la toilette</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>
<b>PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS</b>	<p><b>L'enfant a des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l'accompagnateur :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Problème respiratoire grave</p> <p><input type="checkbox"/> Épilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Problème cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie sévère</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>
<b>PROBLÈME DE COMPORTEMENT</b>	<p><b>L'enfant a des troubles de comportement :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres (morsure, frappe, bouscule, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Opposition régulière</p> <p><input type="checkbox"/> Fugue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>

Suite à la page suivante



**PRÉCISIONS DE FRÉQUENTATION**

Nom de l'unité du terrain de jeux :

Nombre de jours par semaine :

Nombre d'heures par jour :

Lundi :  AM  PM

Mardi :  AM  PM

Mercredi :  AM  PM

Jeudi :  AM  PM

Vendredi :  AM  PM

**SIGNATURE**

**Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. J'autorise le personnel du Service des loisirs de la Ville de L'Ancienne-Lorette à contacter ultérieurement les personnes ressources côtoyant mon enfant (professeur, éducateur spécialisé, intervenant, etc.)**

**Signature :**

**Date :**