



Questionnaire programme d'accompagnement

Afin que nous puissions répondre adéquatement aux besoins de votre enfant et lui assurer un accompagnement adapté, veuillez s'il vous plaît remplir ce formulaire.

IDENTIFICATION	
NOM DE L'ENFANT :	
ÂGE :	SEXE : MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/>
NOM DE LA MÈRE :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
ADRESSE COURRIEL :	
NOM DU PÈRE :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE COURRIEL	
ADRESSE :	

DESCRIPTION DU PARTICIPANT
Veuillez cocher la/les case(s) appropriée(s)
SELON VOUS, VOTRE ENFANT A BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT : <i>*À TITRE INFORMATIF (ne garantis pas ce ratio d'accompagnement)</i>
1 ACCOMPAGNATEUR POUR 1 ENFANT <input type="checkbox"/>
1 ACCOMPAGNATEUR POUR 2 ENFANTS <input type="checkbox"/>
1 ACCOMPAGNATEUR POUR 3 ENFANTS <input type="checkbox"/>
SOUTIEN OCCASIONNEL EN GROUPE <input type="checkbox"/>

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT COMMUNICATION

VOTRE ENFANT SE FAIT COMPRENDRE :

AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN)

FACILEMENT

VOTRE ENFANT COMPREND LES AUTRES :

AVEC DIFFICULTÉ (BESOIN DE SOUTIEN).
SPÉCIFIEZ :

FACILEMENT

SPÉCIFICATION :

VOTRE ENFANT EST EN MESURE DE :

COMPRENDRE LES RÈGLEMENTS D'UN JEU SIMPLE LORSQU'ON LUI EXPLIQUE

COMPRENDRE LES CONCEPTS DE BASE (COULEURS, GROSSEUR...)

NOMMER UN BESOIN DE BASE (FAIM, TOILETTE, INCONFORT...)

COMPRENDRE UNE CONSIGNE SIMPLE

EXPRIMER UNE ÉMOTION ÉCHANGER AVEC AUTRUI

FAIRE UNE DEMANDE LIRE

CONDITION DE L'ENFANT :

COMMENTAIRES :

RELATIONS INTERPERSONNELLES

VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AVEC LES HABILITÉS
SUIVANTES (Nécessite des interventions ponctuelles/régulières)?

DEMANDER DE L'AIDE PARTAGER

ATTENDRE SON TOUR INITIER UN CONTACT ADÉQUATEMENT

S'OCCUPER LORS D'UN TEMPS LIBRE EXPRIMER SA COLÈRE/ANXIÉTÉ

SE CONCENTRER SUR UNE TÂCHE

RELATION AVEC L'AUTORITÉ:

AUTONOMIE

ALIMENTATION :

- VOTRE ENFANT MANGE SEUL VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR MANGER
- VOTRE ENFANT A BESOIN DE SOUTIEN POUR BOIRE
- VOTRE ENFANT A UNE DIÈTE SPÉCIALE

SPÉCIFIEZ :

HABILLAGE :

- VOTRE ENFANT S'HABILLE SEUL VOTRE ENFANT S'HABILLE AVEC SOUTIEN

PROPRETÉ :

- VOTRE ENFANT EST PROPRE N'EST PAS PROPRE/PORTE DES COUCHES
- ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ (HORAIRE/BESOIN DE RAPPEL)

SANTÉ

A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUPPOSANT UNE INTERVENTION PARTICULIÈRE DE L'ACCOMPAGNATEUR?

- OUI NON

SPÉCIFIEZ :

- ALLERGIE SÉVÈRE PROBLÈME CARDIAQUE
- ÉPILEPSIE ASTHME/PROBLÈME RESPIRATOIRE
- DIABÈTE PRISE DE MÉDICATION
- AUTRE

SPÉCIFIEZ :

COMPORTEMENTS

VEUILLEZ COCHER LES COMPORTEMENTS MANIFESTÉS PAR VOTRE ENFANT ET LA FRÉQUENCE

AGRESSIVITÉ ENVERS SOI.
(SE MORDRE, SE FRAPPER, SE COGNER LA TÊTE...)

CONTEXTE DANS LEQUEL LE
COMPORTEMENT SE
MANIFESTE

INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER
AVEC L'ENFANT

AGRESSIVITÉ ENVERS AUTRUI <input type="checkbox"/> (MORDRE, FRAPPER, TIRER LES CHEVEUX)	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR PLUS DE 5 FOIS SEMAINE
OPPOSITION <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR PLUS DE 5 FOIS SEMAINE
FUGUE <input type="checkbox"/>	1 À 2 FOIS PAR JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 À 3 FOIS SEMAINE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PLUS DE 5 FOIS PAR JOUR PLUS DE 5 FOIS SEMAINE

Nom de l'école fréquentée :

Nom de l'enseignant(e) :

Est-ce que l'enfant est dans une classe d'adaptation scolaire durant l'année?:
 Si oui, laquelle?:

Est-ce que l'enfant a un accompagnateur durant l'année (ex : psychologue, TES, TS, orthopédagogue)?:

Nous donnez-vous l'autorisation de communiquer avec lui/elle?:

Nom de l'accompagnateur avec titre :

Numéro de téléphone :

En savoir plus sur votre enfant

Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?

Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager et de le motiver?