

Annexe 3



PROGRAMME DE SOUTIEN À LA PARTICIPATION DE L'ENFANT PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE DANS LES ACTIVITÉS RÉGULIÈRES ANNÉE 20__

Formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant présentant une déficience

Note : Ce formulaire doit être rempli par un parent, ou un répondant et retourné à l'organisme qui réalise le programme.

1. IDENTIFICATION

a) L'enfant participant au programme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone (résidence) :

Âge :

Sexe :

Précisez la nature de la déficience de l'enfant participant au programme :

Intellectuelle;

Visuelle;

Motrice;

Auditive;

Psychique (santé mentale);

Multi-déficience;

Autisme et autres TED (trouble envahissant du développement)

Autres, précisez :

b) Le parent, ou le répondant

Nom :

Prénom :

Téléphone (résidence) :

Téléphone (bureau) :

En cas d'urgence, prévenir :

Nom et prénom :

Téléphone :

L'enfant ayant une déficience utilise-t-il un moyen pour compenser son handicap (une prothèse, une orthèse, un fauteuil roulant, etc.?) :

2. ÉVALUATION DES MESURES À METTRE EN PLACE POUR FACILITER LA PARTICIPATION DE L'ENFANT PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE DANS LES ACTIVITÉS RÉGULIÈRES

2.1 Évaluation du degré d'aide ou d'attention :
MON ENFANT A BESOIN D'UNE AIDE OU D'UNE ATTENTION

	CONSTANTE	OCCASIONNELLE	JAMAIS
Au plan de :			
L'autonomie			
- Habillement (ex. : se vêtir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hygiène générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hygiène personnelle (ex. : incontinence, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alimentation (repas et collation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fauteuil roulant standard (se propulse seul)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	---	---	---
La communication			
- Communication avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rappel des règles et des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Expression de ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres			
- Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Connaissance du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stimulation à l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Voyage assis dans son fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	---	---	---

2.2 Pourquoi, selon vous, votre enfant a-t-il besoin d'accompagnement pour participer à une activité régulière?

2.3 Existe-t-il une raison d'ordre physique, sensoriel ou psychique, non mentionnée antérieurement dans ce formulaire, qui empêcherait ou limiterait la participation de votre enfant à certaines activités spéciales ou de groupe, comme : sortie en autobus scolaire, piscine, canot, randonnée en vélo, randonnée pédestre, randonnée en patins à roues alignées, camping, sortie prolongée (plus de 24 heures), fête populaire, etc.?

2.4 Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant présentant une déficience :

2.5 Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir?

Non

Oui Précisez : _____

Si oui, a-t-il les services d'un accompagnateur ou autre pour participer à l'activité?

oui non

2.6 Votre enfant s'inscrit-il pour la première fois à ce programme de soutien à la participation de la Nouvelle Ville de Québec?

Oui

Non

Si non, a-t-il déjà eu les services d'un accompagnateur ou autre pour participer?

oui non

3. PRÉVISIONS DE FRÉQUENTATION

	AUT	HIV	PRINT
Nombre de semaines :			
Nombre de jours par semaines :			
Nombre d'heures par jour :			

4. SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature : _____

Date : _____

Signature : _____

Date : _____

Signature : _____

Date : _____

SECTION À REMPLIR PAR L'ORGANISME RÉALISATEUR

5. DONNÉES ORGANISATIONNELLES

Session : _____ no. d'activité : _____

Dans quelle activité l'enfant évoluera-t-il? _____

Nombre d'enfants inscrits dans ce groupe : _____

Nombre de personnes qui encadreront cette activité de même que leurs fonctions respectives : _____

Session : _____ no. d'activité : _____

Dans quelle activité l'enfant évoluera-t-il? _____

Nombre d'enfants inscrits dans ce groupe : _____

Nombre de personnes qui encadreront cette activité de même que leurs fonctions respectives : _____

Session : _____ no. d'activité : _____

Dans quelle activité l'enfant évoluera-t-il? _____

Nombre d'enfants inscrits dans ce groupe : _____

À la suite des renseignements fournis, quelles sont les actions que l'organisme réalisateur mettra en place pour faciliter la participation de cet enfant?

Lieu où se réalisera l'activité : _____

Nom de l'organisme réalisateur _____

SIGNATURE
Répondant de l'organisme réalisateur

DATE

SIGNATURE
Répondant de l'organisme réalisateur

DATE

SIGNATURE
Répondant de l'organisme réalisateur

DATE

Source : A.R.L.P.H. de la Capitale-Nationale
