

DEMANDE DE SERVICES POUR LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE

Date de la demande :

Renseignements personnels (enfant acheminé)			
Prénom :	Nom de famille :	Second prénom :	Date de naissance : (mm/jj/aaaa)
Adresse (y compris l'adresse postale) :		Identité de genre :	Diagnostic :
Ville :	Code postal :	# de téléphone (maison) :	Courriel/Autre # de téléphone (préciser) :
IMPORTANT : Il faut deux documents comme preuve de la résidence de l'enfant avant que la demande puisse être traitée (les 2 plus récentes factures de services publics, permis de conduire, etc.).			

Auteur de la demande (personne qui soumet la demande)	
Nom de l'auteur de la demande :	Organisme ou lien de parenté :
Adresse au complet :	# de téléphone :

Motif de l'acheminement (nature du problème)
Pourquoi acheminez-vous cette personne au Centre? Quelle est la nature exacte du problème?

Programmes offerts par le Centre	Services demandés
Services pour enfants ayant une déficience intellectuelle (18 ans et moins)	<input type="checkbox"/> Gestion de cas (18 ans et moins)
Services cliniques et services de soutien	<input type="checkbox"/> Évaluation psychologique <input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> Consultation en comportement
Programme de relève familiale pour les enfants et adultes ayant des déficiences intellectuelles	<input type="checkbox"/> Foyer de relève familiale du Centre
Programme de relève familiale pour les enfants ayant des déficiences physiques (18 ans et moins)	<input type="checkbox"/> Fonds pour des services de relève à domicile (18 ans et moins)
Services de relève à l'extérieur du domicile pour les enfants fragiles sur le plan médical ou dépendant de la technologie (18 ans et moins)	<input type="checkbox"/> Foyer de relève familiale du Centre (18 ans et moins) <input type="checkbox"/> Fonds pour les loisirs (18 ans et moins)
Services de relève indépendants	<input type="checkbox"/> Fonds pour des services de relève à domicile
Fonds pour des services de relève–Troubles du spectre autistique (18 ans et moins)	<input type="checkbox"/> Fonds pour des services de relève–Troubles du spectre autistique (18 ans et moins)

IMPORTANT
<p>Pour que nous puissions traiter votre demande en temps opportun, vous devez remplir le présent formulaire et nous le retourner dans un délai de deux mois, faute de quoi nous concluons que nos services ne sont plus requis. Nous vous demandons d'y inclure toute documentation qui pourrait nous aider, notamment : évaluations psychologiques ou psycho-éducatives antérieures, évaluations psychiatriques, bulletins/relevés de notes, plans d'éducation individuels, rapports individuels d'un comité de placement et d'examen, dossiers médicaux et toute information pertinente concernant les besoins de la personne acheminée en matière de développement.</p>



1424 avenue Aubin, Unit 1, Suite 100, Cornwall, Ontario K6J 4S2

Tél.: (613) 937-3072 ou 613-932-4610 1-800-267-1724 Téléc.: (613) 937-4550 www.inspire-sdg.ca

Plus proche parent (parent, tuteur, etc.)			
Nom :			Lien avec l'enfant :
Adresse (y compris l'adresse postale) : Même adresse que celle de l'enfant acheminé <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Par mariage <input type="checkbox"/> Par adoption <input type="checkbox"/> Tuteur
Ville :	Code postal :	# de téléphone (maison) :	Courriel/Autre # de téléphone (préciser) :
Nom :			Lien avec l'enfant :
Adresse (y compris l'adresse postale) : Même adresse que celle de l'enfant acheminé <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Par mariage <input type="checkbox"/> Par adoption <input type="checkbox"/> Tuteur
Ville :	Code postal :	# de téléphone (maison) :	Courriel/Autre # de téléphone (préciser) :

Renseignements sur les parents de famille d'accueil (s'il y a lieu)		
Nom des parents de famille d'accueil :	Entente : <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Couronne <input type="checkbox"/> Ordonnance de supervision <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Besoins particuliers	Depuis quand?
Adresse : Même adresse que celle de l'enfant acheminé <input type="checkbox"/>	# de téléphone (m) :	Courriel/Autre # de téléphone (préciser) :
Ville :	Code postal :	Nom de la personne-ressource à la SAE :

Garde/Entente (s'il y a lieu)	
Qui a la garde de l'enfant acheminé? <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Autre (nom) _____	Organisme ou lien de parenté _____
Droits de visite : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si la réponse est oui : <input type="checkbox"/> Visite surveillée <input type="checkbox"/> Visite non surveillée
Qui? _____	Quand? _____

Antécédents de travail des parents	
Les parents ont-ils présentement un emploi? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si la réponse est oui, veuillez indiquer le lieu de travail?	
Mère	Père

Scolarité des parents	
Date de naissance de la mère : _____ (mm/jj/aaaa)	Date de naissance du père : _____ (mm/jj/aaaa)
Niveau d'études atteint : _____	Niveau d'études atteint : _____
Type de classes : _____	Type de classes : _____

Antécédents des frères et sœurs (s'il y a lieu)			
Nom des frères et sœurs			
Date de naissance			
Problèmes/réalisations			

Langue			
Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services?		<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais
Quelle est la langue parlée à la maison?			
<input type="checkbox"/> Français seulement		<input type="checkbox"/> Anglais seulement	<input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Mère	Langue maternelle (français)	<input type="checkbox"/> Mère	Langue seconde (français)
<input type="checkbox"/> Mère de famille d'accueil	(anglais)	<input type="checkbox"/> Mère de famille d'accueil	(anglais)
<input type="checkbox"/> Belle-mère	(autre)	<input type="checkbox"/> Belle-mère	(autre)
<input type="checkbox"/> Père	Langue maternelle (français)	<input type="checkbox"/> Père	Langue seconde (français)
<input type="checkbox"/> Père de famille d'accueil	(anglais)	<input type="checkbox"/> Père de famille d'accueil	(anglais)
<input type="checkbox"/> Beau-père	(autre)	<input type="checkbox"/> Beau-père	(autre)
<input type="checkbox"/> Enfant acheminé	Langue maternelle (français)	<input type="checkbox"/> Enfant acheminé	Langue seconde (français)
	(anglais)		(anglais)
	(autre)		(autre)
Préférence pour la correspondance et la documentation :		<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais

***** TRÈS IMPORTANT *****

Antécédents scolaires — noms et emplacements au complet de tous les établissements d'enseignement fréquentés

Nom de l'école fréquentée présentement :	Niveau d'études actuel :	Type de programme : <input type="checkbox"/> 50/50 <input type="checkbox"/> Immersion <input type="checkbox"/> Programme cadre <input type="checkbox"/> Vie et apprentissage <input type="checkbox"/> Travail-études <input type="checkbox"/> Ressources <input type="checkbox"/> Enfance en difficulté <input type="checkbox"/>
Nom de l'école fréquentée antérieurement :	Niveaux d'études terminés : De À	Type de programme : <input type="checkbox"/> 50/50 <input type="checkbox"/> Immersion <input type="checkbox"/> Programme cadre <input type="checkbox"/> Vie et apprentissage <input type="checkbox"/> Travail-études <input type="checkbox"/> Ressources <input type="checkbox"/> Enfance en difficulté <input type="checkbox"/>
Nom de l'école fréquentée antérieurement :	Niveaux d'études terminés : De À	Type de programme : <input type="checkbox"/> 50/50 <input type="checkbox"/> Immersion <input type="checkbox"/> Programme cadre <input type="checkbox"/> Vie et apprentissage <input type="checkbox"/> Travail-études <input type="checkbox"/> Ressources <input type="checkbox"/> Enfance en difficulté <input type="checkbox"/>
Nom de l'école fréquentée antérieurement :	Niveaux d'études terminés : De À	Type de programme : <input type="checkbox"/> 50/50 <input type="checkbox"/> Immersion <input type="checkbox"/> Programme cadre <input type="checkbox"/> Vie et apprentissage <input type="checkbox"/> Travail-études <input type="checkbox"/> Ressources <input type="checkbox"/> Enfance en difficulté <input type="checkbox"/>
Comité d'identification, de placement et de révision (CIPR) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Plan d'éducation individuel (PEI) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
L'enfant acheminé a-t-il doublé une année (s'il y a lieu)? _____ _____ _____ _____		

ENFANTS DE MOINS DE 18 MOIS

(Veuillez indiquer au bas de la page toute préoccupation que vous pourriez avoir eue si l'enfant a plus de 18 mois et/ou répondre aux questions figurant ci-dessous.)

Langage	
Est-ce que votre enfant peut émettre des gazouillements ou des roucoulements?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Quels mots votre enfant peut-il dire? <input type="checkbox"/> maman <input type="checkbox"/> papa <input type="checkbox"/> dodo <input type="checkbox"/> bye-bye <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> souliers <input type="checkbox"/> jus	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant réagit quand on l'appelle par son nom?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut suivre des consignes simples (range tes jouets, va chercher tes souliers)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Motricité globale	
Est-ce que votre enfant peut se tenir assis sans support?	À quel âge? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut se tourner du ventre au dos et vice-versa?	À quel âge? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut se traîner à quatre pattes?	À quel âge? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut se tenir debout en s'appuyant sur les meubles?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut se tenir debout seul?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut marcher?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Motricité fine	
Est-ce que votre enfant peut ramasser des petits objets?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut désigner un objet du doigt lorsqu'il veut quelque chose?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut tendre la main pour toucher un objet qu'il veut?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut gribouiller?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut mettre ses mains ensemble (taper, frapper deux objets l'un contre l'autre)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut remplir et vider un gros contenant?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Développement personnel et social	
Est-ce que votre enfant peut sourire de façon spontanée?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut jouer à « tape, tape »?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut faire « bye-bye »?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut boire d'une tasse?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut utiliser une cuillère ou une fourchette?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut se déshabiller?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Autres	
Est-ce que votre enfant peut suivre du regard un objet ou une personne?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut imiter une activité simple (vous imiter lorsque vous brossez vos dents)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

ENFANTS DE PLUS DE 18 MOIS JUSQU'À L'ÂGE SCOLAIRE

(Veuillez indiquer toute préoccupation que vous pourriez avoir eue si l'enfant fréquente déjà l'école et/ou répondre aux questions figurant ci-dessous.)

Langage	
Est-ce que votre enfant peut parler clairement?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut combiner des mots? <input type="checkbox"/> 1 mot <input type="checkbox"/> 2 mots <input type="checkbox"/> 3 mots <input type="checkbox"/> phrases complètes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que les gens peuvent comprendre ce que votre enfant dit?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut suivre deux consignes de suite (range tes jouets et vient souper)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut s'asseoir et regarder une courte émission de télévision?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut écouter jusqu'à la fin une histoire qu'on lui lit?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant connaît les principales parties de son corps?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut réciter des comptines, des chansons?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Couleurs, nombres, lettres et formes	
Est-ce que votre enfant connaît les quatre couleurs de base? <input type="checkbox"/> bleu <input type="checkbox"/> rouge <input type="checkbox"/> jaune <input type="checkbox"/> vert <input type="checkbox"/> plus	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut compter jusqu'à 10? Jusqu'à quel nombre peut-il compter?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant connaît l'alphabet?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant connaît les trois principales formes? <input type="checkbox"/> carré <input type="checkbox"/> triangle <input type="checkbox"/> cercle	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Motricité globale	
Est-ce que votre enfant peut monter et descendre l'escalier en alternant de pied?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut sauter par-dessus un petit objet (un petit jouet, une brosse à cheveux)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut botter une balle?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut lancer une balle?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut attraper une balle?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Motricité fine	
Est-ce que votre enfant peut construire une tour? <input type="checkbox"/> 2 cubes <input type="checkbox"/> 4 cubes <input type="checkbox"/> 6 cubes <input type="checkbox"/> 8 cubes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut copier une <input type="checkbox"/> ligne horizontale <input type="checkbox"/> ligne verticale <input type="checkbox"/> un cercle <input type="checkbox"/> un carré ou <input type="checkbox"/> des formes simples?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut découper avec des ciseaux?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut faire un casse-tête en bois simple et encastré comportant quatre pièces et des chevilles?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Développement personnel et social	
Est-ce que votre enfant a appris à être propre durant le jour (uriner et aller à la selle)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant a appris à être propre durant la nuit (uriner et aller à la selle)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut aider dans la maison (ranger ses jouets, nettoyer)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut brosser ses dents?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut laver et sécher ses mains?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut s'habiller?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant peut jouer à faire semblant (jouer à la maman, prendre le thé)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Est-ce que l'enfant acheminé reçoit présentement ou attend de recevoir d'autres services (garderie, école, thérapie, programme Bébés en santé, enfants en santé, organismes, etc.)?

SERVICES PRÉSENTEMENT REÇUS			LISTE D'ATTENTE	
Organisme	Nom	Service	Organisme	Service

L'enfant acheminé a-t-il reçu d'autres types de services dans le passé?

Orthophonie Physiothérapie Ergothérapie Services psychologiques

Documentation pertinente à obtenir pour déterminer l'admissibilité aux services :

Évaluation formelle (orthophonie, ergothérapie, physiothérapie, services psychologiques) Non Oui

Si la réponse est oui, veuillez indiquer le nom de l'organisme : _____ Date : _____

Autres (dossiers médicaux) Non Oui

Si la réponse est oui, veuillez indiquer le nom : _____ Date : _____

Y a-t-il eu des complications durant la grossesse ou l'accouchement? Non Oui

Accouchement prématuré Non Oui

Faible poids à la naissance Non Oui _____ livres _____ onces

Problèmes physiques					
Examen de l'ouïe			Examen de la vue		
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Résultats			Résultats		

Professionnels de la santé (médecin de famille, pédiatre, spécialiste, psychiatre, etc.)	
Nom : Spécialité : Adresse :	Nom : Spécialiste : Adresse :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Nom : Spécialité : Adresse :	Nom : Spécialité : Adresse :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :

