**DEMANDE DE SERVICES POUR LES ENFANTS D’ÂGE SCOLAIRE ET MOINS**

**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) | 🞎Développement des jeunes enfants (rentrée scolaire et moins)  🞎Évaluation du développement fonctionnel (rentrée scolaire et moins)  🞎Gestion de cas (18 ans et moins) |
| Services cliniques et services de soutien | 🞎Évaluation psychologique 🞎Counselling  🞎Consultation en comportement |
| Programme de relève familiale pour les enfants et adultes ayant des déficiences intellectuelles | 🞎Foyer de relève familiale du Centre |
| Programme de relève familiale pour les enfants ayant des déficiences physiques (18 ans et moins) | 🞎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) | 🞎Foyer de relève familiale du Centre (18 ans et moins)  🞎Fonds pour les loisirs (18 ans et moins) |
| Services de relève indépendants | 🞎Fonds pour des services de relève à domicile |
| Fonds pour des services de relève–Troubles du spectre autistique (18 ans et moins) | 🞎Fonds pour des services de relève–Troubles du spectre autistique (18 ans et moins) |

|  |
| --- |
| **I M P O R T A N T** |
| 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 conclurons que nos services ne sont plus requis. Nous vous demandons d’y inclure toute documentation qui pourrait nous aider, notamment : évaluations psychologiques ou psycho-éducationnelles 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. |



775 rue Campbell, Cornwall, Ontario K6H 7B7

**Tél. :** (613) 937-3072 1-800-267-1724 **Téléc. :** (613) 937-4550 [www.inspire-sdg.ca](http://www.inspire-sdg.ca)

Page 2 de 6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**🞎 | | | | 🞎Biologique 🞎Par mariage  🞎Par adoption 🞎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**🞎 | | | | 🞎Biologique 🞎Par mariage  🞎Par adoption 🞎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 :** 🞎Temporaire 🞎Couronne  🞎Ordonnance de supervision  🞎Surveillance 🞎Besoins particuliers | | **Depuis quand?** |
| **Adresse** **:** **Même adresse que celle de l’enfant**  **acheminé**🞎 | | **# 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?** 🞎Mère 🞎Père 🞎Garde partagée |
| 🞎Autre (nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Organisme ou lien de parenté \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Droits de visite : 🞎Non 🞎Oui Si la réponse est oui : 🞎Visite surveillée 🞎Visite non surveillée  Qui?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quand?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Antécédents de travail des parents** |
| **Les parents ont-ils présentement un emploi?** 🞎Non 🞎Oui  Si la réponse est oui, veuillez indiquer le lieu de travail?  MèrePère |

|  |  |
| --- | --- |
| **Scolarité des parents** | |
| Date de naissance de la mère :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (mm/jj/aaaa)  Niveau d’études  atteint : Type de classes : | Date de naissance du père :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (mm/jj/aaaa)  Niveau d’études  atteint : Type de classes : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antécédents des frères et sœurs** (s’il y a lieu) | | | |
| Nom des frères et sœurs |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |
| Problèmes/réalisations |  |  |  |

Page 3 de 6

|  |  |
| --- | --- |
| **Langue** | |
| Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services? 🞎Français 🞎Anglais | |
| Quelle est la langue parlée à la maison?  🞎Français seulement 🞎Anglais seulement 🞎Les deux 🞎Autre | |
| 🞎Mère Langue maternelle (français)🞎  🞎Mère de famille d’accueil (anglais)🞎  🞎Belle-mère (autre)🞎 | 🞎Mère Langue seconde (français)🞎  🞎Mère de famille d’accueil (anglais)🞎  🞎Belle-mère (autre)🞎 |
| 🞎Père Langue maternelle (français)🞎  🞎Père de famille d’accueil (anglais)🞎  🞎Beau-père (autre)🞎 | 🞎Père Langue seconde (français)🞎  🞎Père de famille d’accueil (anglais)🞎  🞎Beau-père (autre)🞎 |
| 🞎Enfant acheminé Langue maternelle (français)🞎  (anglais)🞎 (autre)🞎 | 🞎Enfant acheminé Langue seconde (français)🞎  (anglais)🞎 (autre)🞎 |
| **Préférence pour la correspondance et la documentation :** 🞎Français 🞎Anglais | |

**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

Page 4 de 6

**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? | 🞎Non 🞎Oui |
| Quels mots votre enfant peut-il dire? 🞎maman 🞎papa 🞎dodo 🞎bye-bye 🞎auto 🞎souliers 🞎jus | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant réagit quand on l’appelle par son nom? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut suivre des consignes simples (range tes jouets, va chercher tes souliers)? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motricité globale** | |
| Est-ce que votre enfant peut se tenir assis sans support? À quel âge? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut se tourner du ventre au dos et vice-versa? À quel âge? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut se traîner à quatre pattes? À quel âge? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut se tenir debout en s’appuyant sur les meubles? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut se tenir debout seul? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut marcher? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motricité fine** | |
| Est-ce que votre enfant peut ramasser des petits objets? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut désigner un objet du doigt lorsqu’il veut quelque chose? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut tendre la main pour toucher un objet qu’il veut? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut gribouiller? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut mettre ses mains ensemble (taper, frapper deux objets l’un contre l’autre)? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut remplir et vider un gros contenant? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Développement personnel et social** | |
| Est-ce que votre enfant peut sourire de façon spontanée? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut jouer à « tape, tape »? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut faire « bye-bye »? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut boire d’une tasse? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut utiliser une cuillère ou une fourchette? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut se déshabiller? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres** | |
| Est-ce que votre enfant peut suivre du regard un objet ou une personne? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut imiter une activité simple (vous imiter lorsque vous brossez vos dents)? | 🞎Non 🞎Oui |

Page 5 de 6

**ENFANTS DE PLUS DE 18 MOIS JUSQU’À L’ÂGE SCOLAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Langage** | |
| Est-ce que votre enfant peut parler clairement? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut combiner des mots? 🞎1 mot 🞎2 mots 🞎3 mots 🞎phrases complètes | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que les gens peuvent comprendre ce que votre enfant dit? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut suivre deux consignes de suite (range tes jouets et vient souper)? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut s’asseoir et regarder une courte émission de télévision? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut écouter jusqu’à la fin une histoire qu’on lui lit? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant connaît les principales parties de son corps? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut réciter des comptines, des chansons? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Couleurs, nombres, lettres et formes** | |
| Est-ce que votre enfant connaît les quatre couleurs de base? 🞎bleu 🞎rouge 🞎jaune 🞎vert 🞎plus | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut compter jusqu’à 10? Jusqu’à quel nombre peut-il- compter? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant connaît l’alphabet? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant connaît les trois principales formes? 🞎carré 🞎triangle 🞎cercle | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motricité globale** | |
| Est-ce que votre enfant peut monter et descendre l’escalier en alternant de pied? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut sauter par-dessus un petit objet (un petit jouet, une brosse à cheveux)? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut botter une balle? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut lancer une balle? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut attraper une balle? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motricité fine** | |
| Est-ce que votre enfant peut construire une tour? 🞎2 cubes 🞎4 cubes 🞎6 cubes 🞎8 cubes | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut copier une 🞎 ligne horizontale 🞎ligne verticale  🞎un cercle 🞎un carré ou 🞎des formes simples? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut découper avec des ciseaux? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut faire un casse-tête en bois simple et encastré comportant quatre pièces et des chevilles? | 🞎Non 🞎Oui |

|  |  |
| --- | --- |
| **Développement personnel et social** | |
| Est-ce que votre enfant a appris à être propre durant le jour (uriner et aller à la selle)? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant a appris à être propre durant la nuit (uriner et aller à la selle)? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut aider dans la maison (ranger ses jouets, nettoyer)? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut brosser ses dents? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut laver et sécher ses mains? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut s’habiller? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que votre enfant peut jouer à faire semblant (jouer à la maman, prendre le thé)? | 🞎Non 🞎Oui |

Page 6 de 6

|  |  |
| --- | --- |
| **Problèmes physiques** | |
| Examen de l’ouïe 🞎Non 🞎Oui | Examen de la vue 🞎Non 🞎Oui |
| **Résultats** | **Résultats** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médicaments** (s’il y a lieu) | | |
| Nom du médicament | Posologie | Raison |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Qui a prescript le médicament? | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Consentement** | |
| Consentez-vous à recevoir des services? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que vous nous donnez la permission d’informer l’auteur de la demande (s’il y a lieu) du statut de la demande? | 🞎Non 🞎Oui |
| Est-ce que vous consentez à ce que nous communiquions avec CHEO pour savoir si votre enfant y a été acheminé aux fins d’évaluation? | 🞎Non 🞎Oui |
| **Signature du parent/tuteur : Date :** | |

|  |
| --- |
| **Commentaires**  (veuillez inclure toute préoccupation concernant le comportement, toute observation  ou toute autre information pertinente, etc.) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

h:\user\anne\new forms\demande de services pour les enfants dage scolaire et moins - jan 2020.docx