

Veuillez svp remplir un formulaire par enfant et joindre le plan d'intervention lors de l'envoi.

**RENSEIGNEMENTS - ENFANT**

Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
                                Jour                                  Mois                                  Année

**RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR**

Père  Mère  Tuteur légal                                   Père  Mère  Tuteur légal  
Nom, prénom : \_\_\_\_\_                                  Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_                                  Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_                                  Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_  
Autre téléphone : \_\_\_\_\_                                  Autre téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_                                  Courriel : \_\_\_\_\_

**PARTICULARITÉS DE L'ENFANT**

Spécifiez : \_\_\_\_\_

<b>PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS</b>
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé qui nécessiterait une intervention particulière de l'accompagnateur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, décrivez la nature des problèmes : _____

<b>ALIMENTATION</b>
Votre enfant a besoin d'aide pour :
Manger <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Boire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diète spéciale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>COMPRÉHENSION</b>
Votre enfant se fait-il comprendre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant comprend-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>DÉPLACEMENTS</b>
Votre enfant se déplace :
À l'intérieur <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide
À l'extérieur <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide
En fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide
<input type="checkbox"/> Autre appareil : _____

<b>PROBLÈMES DE COMPORTEMENT</b>
Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quelle est la nature de ces problèmes?
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même
<input type="checkbox"/> Opposition régulière
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres
<input type="checkbox"/> Problème de fugue
<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Opposition occasionnelle
<input type="checkbox"/> Autres : _____

<b>INTERVENTIONS PARTICULIÈRES DE L'ACCOMPAGNATEUR</b>
<input type="checkbox"/> Rappel des consignes
<input type="checkbox"/> Aide à l'orientation
<input type="checkbox"/> Aide au transfert (fauteuil roulant)
<input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture
<input type="checkbox"/> Aide aux transitions – précisez : _____
_____
Interventions requises par l'accompagnateur :
_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____

<b>COMMUNICATIONS</b>
Langage utilisé
<input type="checkbox"/> Parlé
<input type="checkbox"/> Gestuel
<input type="checkbox"/> Non verbal
<input type="checkbox"/> Un appareil de communication (tableau bliss, pictogramme ou autre)

<b>SOINS PERSONNELS</b>
Votre enfant a besoin d'aide pour :
<input type="checkbox"/> Ses soins personnels
<input type="checkbox"/> Aller aux toilettes
<input type="checkbox"/> Incontinence
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____

<b>MÉDICATION</b>
Votre enfant prend-il un ou des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, spécifiez le nom du ou des médicaments et le ou les motifs : _____
Votre enfant peut-il prendre son ou ses médicaments sans aide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**PASSIONS ET LOISIRS**

---

---

---

---

---

---

---

---

**FORCES DE L'ENFANT**

---

---

---

---

---

---

---

---

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES AVEC LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT**

---

---

---

---

---

---

---

---

Les demandes d'accompagnement seront analysées par la division loisirs, culture et bibliothèque.

**Tous les demandeurs seront ensuite contactés et seront convoqués à une rencontre obligatoire.**

Je consens à participer à la rencontre obligatoire qui aura lieu au moins de juin.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

---

Le formulaire dûment rempli, accompagné du plan d'intervention de l'enfant, doit être acheminé au

Madame Catherine Le Beau

Division Loisirs, culture et bibliothèque

Ville de L'Assomption

781, rang du Bas-de-L'Assomption Nord, L'Assomption, J5W 2H1

[clebeau@ville.lassomption.qc.ca](mailto:clebeau@ville.lassomption.qc.ca)