



Portrait de l'enfant

À remplir par l'intervenant

À retourner avant le
1^{er} avril 2022

Veillez remplir ce formulaire en tenant compte des capacités de l'enfant et de ses besoins.

L'intervenant qui évalue l'enfant peut être soit un éducateur spécialisé à l'école, un professeur, un intervenant du CISSS ou d'un hôpital où l'enfant est suivi, etc.

Nom de l'enfant		
Intervenant	Poste occupé	Organisme
L'intervenant côtoie l'enfant depuis combien de temps? :		

Compréhension et langage			
L'enfant utilise :			
Un langage	<input type="checkbox"/> parlé	<input type="checkbox"/> gestuel	<input type="checkbox"/> non verbal
L'enfant se fait comprendre	<input type="checkbox"/> facilement	<input type="checkbox"/> avec quelques difficultés	<input type="checkbox"/> difficilement
Spécifiez : _____			
L'enfant comprend	<input type="checkbox"/> facilement	<input type="checkbox"/> avec quelques difficultés	<input type="checkbox"/> difficilement
Spécifiez : _____			

Besoins de l'enfant			
Pour boire et manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
Pour s'habiller	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
Pour la toilette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
Déplacements			
En fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
De façon autonome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez (ex. en tenant la main, etc.) : _____
Se sauve régulièrement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
A besoin d'aide pour s'orienter	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
Connaît la notion de danger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Spécifiez : _____
Intolérances particulières	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, précisez (ex. bruit, chaleur, toucher, etc.) _____			

Besoins de l'enfant (suite)

Défis spécifiques de l'enfant :

L'enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ou des allergies? Si oui, spécifiez :

Comportements

L'enfant a-t-il des troubles de comportement? Si oui, spécifiez (Agressivité, opposition, fugue, etc.) :

Comment réagit l'enfant quand ...

Il est content _____

Il est fâché ou triste _____

Il est devant de la nouveauté _____

Il veut quelque chose _____

Interventions à prioriser

Rappel des consignes _____

Aide à l'orientation / comprendre son environnement _____

Aide au transfert entre les activités _____

Encouragement à la participation _____

Assistance pour les tâches et les déplacements _____

Comment l'enfant agit-il lorsqu'il est en groupe (en présence d'adultes, avec plusieurs enfants, etc.)

Intérêts

Quels sont les intérêts et les forces de l'enfant?

Quelles activités préfère-t-il?

Moyens d'intervention à préconiser? (Outils, trucs et autres)

Informations supplémentaires

Signature

Signature de l'intervenant

Date