

*Les sections avec un * permettent de vérifier l'admissibilité lors de la rencontre téléphonique.

*Identification du participant			
Prénom		Nom	
Date de naissance & âge		Sexe	
<input type="checkbox"/> garde partagée		<input type="checkbox"/> interdit de contact	

*Diagnostic(s)	
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle - DI	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère/profonde
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme - TSA	<input type="checkbox"/> niveau 1 <input type="checkbox"/> niveau 2 <input type="checkbox"/> niveau 3
<input type="checkbox"/> Syndrome de Down (trisomie 21)	
<input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale	<input type="checkbox"/> neurologique <input type="checkbox"/> physique
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention - TDAH	<input type="checkbox"/> hyperactivité <input type="checkbox"/> impulsivité <input type="checkbox"/> attention
<input type="checkbox"/> Dysphasie (trouble dév. langage)	<input type="checkbox"/> expression <input type="checkbox"/> réception (compréhension)
<input type="checkbox"/> Dyspraxie (trouble dév. coordination)	
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> phobie <input type="checkbox"/> dépression <input type="checkbox"/> panique <input type="checkbox"/> attachement <input type="checkbox"/> obsession/compulsion – TOC <input type="checkbox"/> autre(s) : Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> chien-guide
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> appareil <input type="checkbox"/> interprète <input type="checkbox"/> chien-guide
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> opposition <input type="checkbox"/> provocation <input type="checkbox"/> fugue <input type="checkbox"/> passivité <input type="checkbox"/> violence physique <input type="checkbox"/> violence verbale Précisez :

*Condition médicale			
<input type="checkbox"/> Allergie :	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère/mortelle <input type="checkbox"/> Epipen	Précisez :	
<input type="checkbox"/> Allergie :	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère/mortelle <input type="checkbox"/> Epipen	Précisez :	
<input type="checkbox"/> Médication	Raison	Posologie	Effet secondaire

<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Asthme	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Diabète	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés (eczéma, réactions)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Maux de tête / migraines	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Toux chronique	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Nausées / vomissements	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Saignements de nez	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre(s) :	Précisez :		

*Autonomie			
	autonome	aide constante	aide totale
Alimentation			
<input type="checkbox"/> manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'hygiène			
<input type="checkbox"/> toilette (s'essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mains (laver et essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hygiène féminine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Services actuels	
Scolaire - Primaire 4 à 12 ans	
<input type="checkbox"/> Classe régulière <input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> T.E.S. + nombre d'heures / semaine :
<input type="checkbox"/> Classe spécialisée <input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> communication - TSA <input type="checkbox"/> déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/> École spécialisée <input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> Touret <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Autre :	Précisez :
<input type="checkbox"/> P.I.	

Évaluation du comportement					
Difficultés rencontrées		Contexte, particularités, explications			
<input type="checkbox"/>	Agressivité physique envers les autres				
<input type="checkbox"/>	Agressivité physique envers soi-même				
<input type="checkbox"/>	Agressivité physique envers le matériel				
<input type="checkbox"/>	Agressivité verbale envers les autres				
<input type="checkbox"/>	Anxiété				
<input type="checkbox"/>	Risque de fugue				
<input type="checkbox"/>	Crise de colère <input type="checkbox"/> crise de pleurs				
<input type="checkbox"/>	Manies particulières				
<input type="checkbox"/>	Phobies & peurs				
<input type="checkbox"/>	Opposition / refus de collaborer				
<input type="checkbox"/>	Provocation / confrontation				
<input type="checkbox"/>	Refus de participer				
<input type="checkbox"/>	Désorganisation				
<input type="checkbox"/>	Respect des limites physiques				
<input type="checkbox"/>	Comportements inappropriés				
<input type="checkbox"/>	Comportements à caractère sexuel				
<input type="checkbox"/>	Respect de l'autorité				
<input type="checkbox"/>	Autre :				
Évaluation du niveau d'autonomie					
C o m m u n i c a t i o n		Autonome	Supervision	Aide occ.	Aide totale
	Communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Communiquer avec l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comprendre les autres & consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nommer ses besoins & émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Communiquer avec des étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p a r t i c i p a t i o n	Interagir avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interagir avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terminer la tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'appliquer à la tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Esprit d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Règles d'un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compétences sociales en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activités de motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nouvelles activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nouveau groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V i e q u o t i d i e n e	Habillement – vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillement – maillot de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillement – chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle – toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentation – repas & collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C o n s c i e n c e d u	Reconnaître le danger physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conscience des étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître son envie d'uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître son envie de déféquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître le chaud et le froid (extérieur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la soif et la faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la fatigue / sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la fatigue / physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d a n g e r	Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se vêtir selon la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger des aliments / objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boire des substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la profondeur de l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conscience de sa force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conscience de son physique / poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compétences aquatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Évaluation des habiletés et intérêts

Ce qui m'intéresse (*passé-temps, loisirs, motricité fine, motricité globale, etc.*)

Ce qui ne m'intéresse pas (*passé-temps, loisirs, motricité fine, motricité globale, etc.*)

Interventions gagnantes

Trucs pour : apaiser avant la crise, désamorcer les crises, matériel à utiliser pour aider à l'intervention (time-timer, pictogrammes, etc.).

Informations supplémentaires importantes

Est-ce qu'il y a d'autres informations importantes dont vous voulez nous faire part (*changements importants, déménagement, situation familiale, deuil, préoccupations, situation de santé, etc.*)?