

**Inscription 2022-2023
Fiche de référence préscolaire 4 ans (enfant handicapé)**

Identification de l'enfant

| | |
|--|---|
| Nom de famille: _____ Prénom(s): _____ | Date de naissance (jr/m/année): _____ Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Intersexué |
| L'enfant demeure : <input type="checkbox"/> Avec ses deux parents <input type="checkbox"/> En famille d'accueil <input type="checkbox"/> Avec l'un de ses 2 parents (précisez lequel) _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Identification du parent ou tuteur

| | |
|--|---|
| Répondant de l'enfant: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal | |
| Nom de famille: _____ Prénom(s): _____ Adresse électronique: _____ Cellulaire: _____ | Nom de famille: _____ Prénom(s): _____ Adresse électronique: _____ Cellulaire: _____ |

CPE ou garderie en milieu familial Soutien d'un intervenant

Votre enfant fréquente-t-il un CPE ou une garderie en milieu familial?
 Oui, à temps plein Oui, à temps partiel Non

Si vous avez répondu oui, lequel?
 Nom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Personne-ressource : _____

Par la présente, j'autorise les intervenants du CSSDGS à communiquer avec le CPE ou la garderie en milieu familial et je permets l'observation de mon enfant dans ce milieu si cela est nécessaire à l'analyse de la demande.

Votre enfant reçoit-il le soutien d'un intervenant?
 Oui Non
 Si vous avez répondu oui, combien d'heures par semaine cet intervenant vous aide-t-il? _____

Services reçus

| | | |
|--|----------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> CISSMO _____ | Nom de l'intervenant | Fonction |
| <input type="checkbox"/> CISSMO _____ | Nom de l'intervenant | Fonction |
| <input type="checkbox"/> CISSMO _____ | Nom de l'intervenant | Fonction |
| <input type="checkbox"/> Autre (ex. clinique privée, hôpital...) | | |
| Établissement | Nom de l'intervenant | Fonction |
| <input type="checkbox"/> En attente de suivi : _____ | Nom de l'organisme | |

| Document obligatoire | |
|---|--------------------------|
| Joindre à la demande au moins l'un des documents suivants : | Inclus (Cochez) |
| Attestation du diagnostic par un médecin | <input type="checkbox"/> |
| Résumé du dossier médical | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation développementale | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation neuromotrice | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation psychologique | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation orthophonique (si possible, moins de 6 mois) | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation multidisciplinaire | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation audiologie | <input type="checkbox"/> |
| Lettre attestant que l'enfant est en attente d'investigation pour un TSA ou un trouble de santé mentale | <input type="checkbox"/> |

| Transport scolaire (ces informations seront importantes si votre enfant est accepté au sein du groupe) | |
|---|------------------------------|
| À quelle adresse va-t-on chercher et reconduire votre enfant... | |
| S'il est admis dans le groupe du matin (horaire approximatif 8h-10h30) : | |
| Départ de : _____ _____ | Retour vers : _____ _____ |
| S'il est admis dans le groupe de l'après-midi (horaire approximatif 12h40-15h) : | |
| Départ de : _____ _____ | Retour vers : _____ _____ |
| Besoins de votre enfant: <input type="checkbox"/> Un siège d'auto pour enfant <input type="checkbox"/> Un siège d'appoint <input type="checkbox"/> Un fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> Un fauteuil roulant manuel | |
| Votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui pourraient avoir un impact sur le transport? _____ _____ _____ | |

| Préférence concernant l'horaire (Si votre enfant est accepté) | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avant-midi | <input type="checkbox"/> Après-midi |
| Besoins de votre enfant qui justifient cette plage-horaire : | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Veillez noter que le fait d'indiquer votre préférence ne veut pas dire que votre enfant aura la plage-horaire souhaitée. | |

Le service de la maternelle 4 ans handicapé vise à répondre aux besoins des élèves ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui sont sujets à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

Signature du parent : _____

Date: ____/____/20__