

## ANNEXE C

**Besoins spéciaux et soutien à l'inclusion : réunion d'orientation (rencontre des parents ou des tutrices ou tuteurs avec le personnel des PSP)**

PROFIL DE SOUTIEN INDIVIDUALISÉ DE L'ENFANT OU DE LA OU DU JEUNE		
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX		
<b>NOM :</b>	<b>Date de naissance :</b>	<b>Diagnostic ou état :</b>
<b>Préférences :</b> Veuillez noter la préférence entre les activités extérieures et intérieures. *Veuillez encourager l'enfant ou la ou le jeune à répondre à cette question.*	<b>Activités à l'extérieur :</b>	
	<b>Activités à l'intérieur :</b>	
<b>Aversions :</b> *Veuillez encourager l'enfant ou la ou le jeune à répondre à cette question.*		
<b>Craintes et activités ou stimulants déclencheurs connus :</b> *Veuillez encourager l'enfant ou la ou le jeune à répondre à cette question.*		
<b>Stimulants ou activités pouvant aider à apaiser ou calmer votre enfant :</b> *Veuillez encourager l'enfant ou la ou le jeune à répondre à cette question.*		

MOBILITÉ	
Des remarques concernant la mobilité? Endurance, équilibre, mouvements personnels, etc.	
SOINS PERSONNELS	
Votre enfant a-t-elle ou a-t-il besoin d'aide pour les repas? Veuillez donner les renseignements nécessaires pour un meilleur soutien.	
Votre enfant a-t-elle ou a-t-il besoin d'aide pour le lavage des mains? Veuillez donner les renseignements nécessaires pour un meilleur soutien.	
Votre enfant a-t-elle ou a-t-il besoin d'aide pour sa toilette? Surveillance, couches, produits pour les menstruations, rappels pour aller aux toilettes, etc.	
ACUITÉ SENSORIELLE	
Votre enfant a-t-elle ou a-t-il des problèmes sensoriels?  Sons, images, textures, odeurs, etc.	
MÉDICAMENTS	
Votre enfant prend-elle ou prend-il actuellement des médicaments?	Oui Non
Votre enfant doit-elle ou doit-il prendre son médicament pendant les heures du programme?	Oui Non Sans objet
Veuillez énumérer les médicaments et leur utilisation ( <i>remplir le formulaire d'autorisation d'administration de médicaments</i> ).	
CONTEXTE SOCIAL	
Comment votre enfant agit-elle ou agit-il dans les situations sociales? En seul à seul ou en groupe	

Comment votre enfant interagit-elle ou interagit-il avec les adultes ou les symboles d'autorité?	
<b>COMMUNICATION</b>	
Votre enfant a-t-elle ou a-t-il des difficultés à communiquer ses sentiments ou ses émotions? Veuillez expliquer.	
<b>COMPORTEMENT</b>	
Quels sont les comportements courants de votre enfant dont le personnel doit être conscient?	
Quelles sont les stratégies qui permettent de désamorcer les émotions de votre enfant?	
<b>RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES ET RESSOURCES</b>	
Quelles stratégies et mesures d'adaptation notre équipe peut-elle intégrer pour mieux soutenir votre enfant?	
Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire qui, selon vous, pourrait améliorer l'expérience de votre enfant.	

<p><b>Veillez énumérer toutes les ressources telles que les accompagnatrices ou les accompagnateurs pour le soutien, les travailleuses ou travailleurs de relève, les assistantes ou assistants scolaires, le personnel professionnel de la santé, les sociétés locales, etc. qui pourraient fournir des informations et un contexte.</b></p>	
<p><b>À l'usage du bureau seulement :</b>  <b>Notes supplémentaires :</b></p>	