

Portrait de l'enfant

Document de soutien pour une première transition scolaire de qualité en partenariat avec le CISSS des Laurentides et la famille

Identification

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

École de desserte : _____

Nom du parent 1 : _____ Nom du parent 2 : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____ Courriel : _____

Informations

L'enfant est suivi par le programme : Déficience langagière
 Déficience motrice
 Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme

Cocher le **niveau de soutien nécessaire** pour chaque énoncé et donner des **précisions sur les adaptations requises**.

| Mon niveau de soutien lorsque... | Besoin d'aide importante, fréquente et significative, assistance physique complète | Besoin d'aide modérée, stratégies et supervision de l'adulte | Besoin d'aide légère, incitation verbale ou gestuelle de l'adulte | Fonctionnel avec un environnement adapté | Autonome | Aucune information disponible |
|------------------------------------|--|--|---|--|----------|-------------------------------|
| Je me déplace | | | | | | |
| Je monte et descends les escaliers | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |
| Je vis une transition | | | | | | |
| • d'une activité à une autre | | | | | | |
| • d'un lieu à l'autre | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |

| Mon niveau de soutien lorsque... | Besoin d'aide importante, fréquente et significative, assistance physique complète | Besoin d'aide modérée, stratégies et supervision de l'adulte | Besoin d'aide légère, incitation verbale ou gestuelle de l'adulte | Fonctionnel avec un environnement adapté | Autonome | Aucune information disponible |
|---|--|--|---|--|----------|-------------------------------|
| Je dois exprimer un besoin | | | | | | |
| On me donne une consigne verbale attendue pour mon niveau d'âge | | | | | | |
| Je ne comprends pas | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |
| Je mange (collation, repas) | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |
| Je vais à la toilette | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |
| Je m'habille | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |

| Mon niveau de soutien lorsque... | Besoin d'aide importante, fréquente et significative, assistance physique complète | Besoin d'aide modérée, stratégies et supervision de l'adulte | Besoin d'aide légère, incitation verbale ou gestuelle de l'adulte | Fonctionnel avec un environnement adapté | Autonome | Aucune information disponible |
|---|--|--|---|--|----------|-------------------------------|
| Je suis à proximité d'autres enfants | | | | | | |
| Je participe à une activité de groupe | | | | | | |
| Je veux entrer en relation avec les autres | | | | | | |
| Je vis une frustration | | | | | | |
| Je dois m'adapter à un imprévu ou une nouveauté | | | | | | |
| Précisions : | | | | | | |

Autres informations pertinentes (motricité fine, habillage/déshabillage, jeux libres à l'intérieur, jeux extérieurs, conscience du danger...)

Préoccupations des parents en lien avec l'entrée à l'école de leur enfant

Diagnostiques et conditions médicales connues

Diagnostiques confirmés : _____

L'enfant est-il en attente d'une évaluation diagnostique? _____

Autre(s) condition(s) médicale(s) : _____

Aide technique requise avant la rentrée scolaire

| | |
|--|--|
| Pour l'école (chaise tripp-trapp, rampes, toilette, outils de communication, etc.) | |
| Pour le transport (type de banc d'appoint, fauteuil roulant, cache-boucle, etc.) | |

Liste des intervenants impliqués et leurs coordonnées

| Nom et titre | Téléphone | Poste | Courriel |
|--------------|-----------|-------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Les professionnels du CISSS souhaitent une rencontre avec l'équipe-école de l'enfant

Coordonnées de la personne à joindre

Les parents ont donné leur autorisation pour le partage d'informations entre le CISSS et le CSSMI

Questionnaire rempli par

| Nom en script | Signature | Date |
|---------------|-----------|------|
| | | |
| | | |
| | | |