

DOSSIER POUR
L'INTÉGRATION D'UN ENFANT HANDICAPÉ
EN SERVICE DE GARDE

*R A P P O R T D U
P R O F E S S I O N N E L*

Document à conserver au service de garde



Québec 

IDENTIFICATION DU SERVICE DE GARDE

Nom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : (_____) _____

Le rapport du professionnel a pour but d'identifier et de confirmer la déficience d'un enfant handicapé afin de contribuer à son intégration dans un service de garde. Il doit également faire état des recommandations pertinentes pour l'utilisation de matériel ou d'équipement spécialisé.

Tout équipement ou matériel recommandé doit tenir compte des besoins spécifiques de l'enfant et de l'utilisation sécuritaire de cet équipement à l'intérieur du service de garde.

Le rapport doit être rempli par un des professionnels suivants reconnus par le **ministère de la Famille et des Aînés** :

SUR LE PLAN MOTEUR	omnipraticiens médecins spécialistes ergothérapeutes physiothérapeutes
SUR LE PLAN VISUEL	ophtalmologistes optométristes
SUR LE PLAN AUDITIF	audiologistes
SUR LE PLAN DE LA COMMUNICATION	orthophonistes
SUR LE PLAN INTELLECTUEL	psychologues psychiatres
SUR LE PLAN PSYCHOPATHOLOGIQUE	psychologues psychiatres
SUR LE PLAN ORGANIQUE	omnipraticiens médecins spécialistes

Il est important de remplir et de retourner promptement le présent rapport au service de garde identifié ci-dessus.

Pour plus de précisions sur la nature des renseignements demandés, on peut communiquer avec le service de garde ou le **ministère de la Famille et des Aînés** au numéro suivant : **1 877 216-6202**.

INTÉGRATION DES ENFANTS HANDICAPÉS DANS UN SERVICE DE GARDE

LES ENFANTS DONT IL EST QUESTION SONT :

Des enfants vivant avec une déficience et des incapacités significatives et persistantes, et faisant face à des obstacles dans leur démarche d'intégration dans un centre de la petite enfance, composante installation ou composante milieu familial, ou en garderie.

DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS

L'enfant handicapé

On entend par enfant handicapé tout enfant limité dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteint d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap.

Réf. : Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, *L.R.Q., c. E-20.1, chapitre 1,g.*

Déficience

Une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique ou anatomique.

Limitation fonctionnelle ou incapacité

Une restriction ou une diminution des capacités dans l'accomplissement d'une activité considérée comme normale pour un enfant de cet âge.

Handicap

Un désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui empêche un enfant de jouer, dans son milieu, les rôles habituellement tenus par les autres enfants.

Significatif

Qui empêche l'enfant d'accomplir une activité de la manière ou à l'intérieur des limites considérées pour un enfant de son âge.

Persistant

Qui est durable, mais dont les effets peuvent varier dans le temps.

Obstacles

Causes ou effets du handicap (préjugés, attitudes, accessibilité des lieux, etc.).

Rapport du professionnel

PARTIE A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM(S) : _____

Adresse (numéro, rue, app.) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance :

ANNÉE		MOIS		JOUR
-------	--	------	--	------

 Âge actuel : _____

Téléphone (résidence) : (_____) _____

IDENTIFICATION DES PARENTS OU DES TUTEURS

Nom de la mère : _____ Téléphone : (_____) _____

Nom du père : _____ Téléphone : (_____) _____

Tuteur(s) : _____ Téléphone : (_____) _____

Personne(s) à contacter : _____ Téléphone : (_____) _____

_____ Téléphone : (_____) _____

PARTIE B DÉCLARATION

DÉCLARATION DU (DES) PARENT(S)

J'autorise le service de garde à recevoir le « rapport du professionnel » ci-joint.

Ces renseignements seront utilisés à seule fin de déterminer l'admissibilité de mon enfant à l'allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé et demeureront confidentiels.

Je déclare que je suis bénéficiaire d'une allocation familiale supplémentaire de la Régie des rentes du Québec.

☐ OUI * ☐ NON

Signature du (des) parent(s) : _____

** Dans l'affirmative, le professionnel remplira les parties D et E du présent rapport.*

PARTIE C IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE

SUR LE PLAN MOTEUR

☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Après correction, la déficience motrice est-elle : significative ? ☐ OUI ☐ NON
persistante ? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

SUR LE PLAN VISUEL

☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Après correction, la déficience visuelle est-elle : significative ? ☐ OUI ☐ NON
persistante ? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

SUR LE PLAN AUDITIF

☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Après correction, la déficience auditive est-elle : significative ? ☐ OUI ☐ NON
persistante ? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

PARTIE C IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE

SUR LE PLAN DE LA COMMUNICATION ☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Malgré l'intervention, la déficience langagière est-elle : significative ? ☐ OUI ☐ NON
persistante ? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

SUR LE PLAN INTELLECTUEL ☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Après correction, la déficience intellectuelle est-elle : significative ? ☐ OUI ☐ NON
persistante ? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

SUR LE PLAN PSYCHOPATHOLOGIQUE ☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Après correction, la déficience psychopathologique est-elle : significative ? ☐ OUI ☐ NON
persistante ? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

PARTIE C IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE

SUR LE PLAN ORGANIQUE

☐ AUCUN PROBLÈME

Indiquez les déficiences remarquées lors de l'examen : _____

Après correction, la déficience organique est-elle : significative? ☐ OUI ☐ NON
persistante? ☐ OUI ☐ NON

L'incapacité qui en résulte est-elle suffisante pour être un handicap
à l'accomplissement des activités normales d'un enfant de cet âge? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : _____

PARTIE D

RECOMMANDATIONS DES AIDES SUPPLÉMENTAIRES POUR FACILITER L'INTÉGRATION DE CET ENFANT DANS UN SERVICE DE GARDE

Cet enfant présente-t-il des besoins particuliers nécessitant la mise en place de mesures particulières
lors de son intégration :

- a) dans un centre de la petite enfance, composante installation? ☐ OUI ☐ NON
- b) dans un centre de la petite enfance, composante familial? ☐ OUI ☐ NON
- c) dans une garderie à but lucratif? ☐ OUI ☐ NON

Si **OUI**, les mesures particulières devraient être :

☐ En équipement

Adaptation du matériel utilisé par des enfants de cet âge. Précisez : _____

Achat d'équipement spécialisé. Précisez : _____

Aménagement (pour services de garde en centre de la petite enfance, composante installation ou garderie
à but lucratif seulement). Précisez : _____

PARTIE D

RECOMMANDATIONS DES AIDES SUPPLÉMENTAIRES POUR FACILITER L'INTÉGRATION DE CET ENFANT DANS UN SERVICE DE GARDE

☐ En ressources humaines

Groupe restreint d'enfants. Précisez : _____

Aide individuelle pour certaines activités. Précisez : _____

☐ Autres

Précisez : _____

PARTIE E

LE PROFESSIONNEL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROFESSIONNEL

NOM (en lettres moulées) : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Profession : _____ Téléphone : (_____) _____

☐ Je suis intéressé(e) à connaître le plan d'intégration élaboré par le service de garde et les parents.

☐ Je suis intéressé(e) à collaborer avec le service de garde et les parents de cet enfant.

☐ Information

☐ Consultations

☐ Rencontre de l'enfant au service de garde

☐ Je suis disponible pour fournir de l'information additionnelle, si nécessaire.

Date : _____ Signature du professionnel : _____