

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

P L A N D ' I N T É G R A T I O N

Document à conserver au service de garde



Plan d'intégration

L'élaboration du plan d'intégration a pour but d'identifier de la façon la plus objective possible les besoins réels de l'enfant, en fonction des activités du service de garde, de l'aménagement des lieux et de la disponibilité des équipements.

Le plan d'intégration comprend quatre parties :

- A. Renseignements généraux ;
 - B. Évaluation du fonctionnement de l'enfant ;
 - C. Identification des besoins particuliers de l'enfant et les moyens envisagés pour y répondre ;
 - D. Identification des besoins des services de garde pour répondre aux besoins de l'enfant.
- ◆ *Les parties A et B doivent être remplies par les parents.*
 - ◆ *Les renseignements fournis dans le présent document demeureront strictement confidentiels.*

Il est nécessaire de joindre au plan d'intégration les documents suivants :

- ◆ l'attestation de la Régie des rentes du Québec ou le rapport du professionnel ;
- ◆ la recommandation d'un professionnel pour l'achat ou la modification d'équipement et son utilisation ;
- ◆ la résolution du conseil d'administration ;
- ◆ un mémo sur l'usage de l'allocation (baisse de ratio, ajout de personnel, etc.) ;
- ◆ les raisons du refus d'intégration, s'il y a lieu ;
- ◆ les factures et les pièces justificatives.

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 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 : (_____) _____

IDENTIFICATION DU SERVICE DE GARDE

Nom du service de garde : _____

Adresse : _____

_____ Région : _____

Capacité au permis : _____

Nombre de places occupées par des enfants handicapés : _____

Nom de la personne à contacter : _____

Téléphone : (_____) _____ Fonction : _____

Date d'admission au service de garde : ANNÉE | MOIS | JOUR

Centre de la petite enfance
composante installation

Centre de la petite enfance
composante milieu familial

Garderie à but lucratif

EXPÉRIENCE DE L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà fréquenté un service de garde? OUI NON

CPE composante installation

CPE composante milieu familial

Garderie à but lucratif

Halte-garderie

Centre spécialisé

Jardin d'enfants

PARTIE A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

SERVICES SPÉCIALISÉS

L'enfant a-t-il déjà reçu des services spécialisés (ex. : médicaux, de réadaptation...)? OUI NON

Si l'enfant n'en reçoit pas actuellement, indiquez la date de la fin du service : _____

Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants : _____

Organisme ou établissement : _____

Nom du professionnel : _____

Profession : _____ Téléphone : (_____) _____

Organisme ou établissement : _____

Nom du professionnel : _____

Profession : _____ Téléphone : (_____) _____

AIDES TECHNIQUES

L'enfant utilise-t-il des aides techniques (prothèse, orthèse...) ou tout autre moyen pour compenser son handicap ou lui permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne ? (ex. : aides auditives, langage Bliss, fauteuil roulant, tricycle...)

OUI NON

Si OUI, indiquez lesquels : _____

MÉDICATION ET TRAITEMENT

Indiquez lesquels : _____

PARTIE B ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

Cette section vise à vous fournir les éléments nécessaires à l'analyse des besoins particuliers de l'enfant.

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne :

- ① Cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont l'enfant peut habituellement accomplir l'activité.
Si l'enfant n'a pas de difficulté à l'accomplir, ou si l'activité ne s'applique pas dans son cas, **ne rien cocher**.
- ② Afin de vous permettre de suivre l'évolution de l'enfant, cochez son **niveau d'apprentissage actuel**.

LÉGENDE

- A** N'a jamais fait d'apprentissage
- B** En apprentissage
- C** Apprentissage terminé

Il est à noter qu'il s'agit d'apprentissages spécifiques et non spécifiques autres que ceux reliés à l'évolution normale d'un enfant.

Nutrition

Mange (ex. : assiette antidérapante, ustensile...)

Boit (ex. : avec une paille, au gobelet...)

Régime alimentaire particulier : _____

Consistance des aliments (purée) : _____

Position lors des repas (ex. : bloc d'arrêt, chaise avec bras...) : _____

Habillage

Se déchausse

Se chausse

Enlève ses vêtements

Enfile ses vêtements

Détache ses vêtements

Attache ses vêtements

	①				②		
	1	2	3	4	A	B	C
Avec difficulté							
Support technique							
Support d'une personne							
Incapable							

PARTIE B ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

Propreté

Porte des couches :

occasionnellement

de façon permanente

S'assoit sur le petit pot :

S'assoit sur la toilette :

Demande pour y aller :

Se lave les mains et le visage :

Intolérances particulières

au froid au soleil au vent au bruit

à l'aération à la chaleur à la poussière

allergies (Identifiez) : _____

MOTRICITÉ GLOBALE

Lève et incline la tête

Se tourne sur lui-même, change de position

Rampe

S'assoit

Se déplace à quatre pattes

Marche

Pousse ou tire un jouet en marchant

Court

Participe à des activités demandant une coordination des mouvements
(frappe des mains, attrape un ballon, descend l'escalier)

Peut faire des activités telles balançoire, tricycle, glissoire

MOTRICITÉ FINE

Saisit un objet avec les mains

Manipule un objet

Change de main, relâche volontairement l'objet

Saisit un objet en utilisant le pouce et l'index

Vide et remplit un contenant

	①				②		
	1	2	3	4	A	B	C
	Avec difficulté	Support technique	Support d'une personne	Incapable			
Porte des couches :							
S'assoit sur le petit pot :							
S'assoit sur la toilette :							
Demande pour y aller :							
Se lave les mains et le visage :							
Intolérances particulières							
<input type="checkbox"/> au froid <input type="checkbox"/> au soleil <input type="checkbox"/> au vent <input type="checkbox"/> au bruit							
<input type="checkbox"/> à l'aération <input type="checkbox"/> à la chaleur <input type="checkbox"/> à la poussière							
<input type="checkbox"/> allergies (Identifiez) : _____							

MOTRICITÉ GLOBALE							
Lève et incline la tête							
Se tourne sur lui-même, change de position							
Rampe							
S'assoit							
Se déplace à quatre pattes							
Marche							
Pousse ou tire un jouet en marchant							
Court							
Participe à des activités demandant une coordination des mouvements (frappe des mains, attrape un ballon, descend l'escalier)							
Peut faire des activités telles balançoire, tricycle, glissoire							
MOTRICITÉ FINE							
Saisit un objet avec les mains							
Manipule un objet							
Change de main, relâche volontairement l'objet							
Saisit un objet en utilisant le pouce et l'index							
Vide et remplit un contenant							

Plan d'intégration

PARTIE B ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

	①				②		
	1	2	3	4	A	B	C
VISION							
Retrouve un objet caché							
Suit des yeux l'adulte et les autres enfants dans leurs déplacements							
Est attiré par son image dans le miroir							
Participe à des activités nécessitant une vision fine (distingue les formes, objets, couleurs, etc.)							
Se déplace dans l'espace sans se cogner, sans trébucher							
Participe à des activités nécessitant une vision de loin ou périphérique (jeux de ballon, d'obstacles)							
Porte des lunettes: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON							
RAISONNEMENT							
Trouve un objet caché (derrière son dos, sous un pot)							
Imite des gestes simples							
Fait des associations, des classements							
Exécute une consigne (donne, prend, vient, etc.)							
Montre du doigt l'image ou l'objet mentionné							
Apparie trois couleurs primaires							
Connaît la notion de « pareil, pas pareil »							
Se concentre lors d'activités structurées							
Réalise les mêmes activités de jeux que les enfants de son âge							
ADAPTATION ET SOCIALISATION							
Réagit à la présence de l'adulte							
Supporte l'absence du parent							
Supporte l'absence de l'éducatrice							
Répond quand on l'interpelle							
Reproduit des gestes que l'autre fait en jouant (imitation)							
Donne suite à des directives simples							
Joue avec ses pairs							
Peut jouer seul							
Reste dans la cour ou dans les limites prescrites							
Communique							
Partage							
Attend son tour							
Évite certains dangers							
S'organise lors de jeux libres							
Coopère en situation de jeux							

PARTIE C

IDENTIFICATION DES BESOINS PARTICULIERS DE L'ENFANT & DES MOYENS ENVISAGÉS POUR Y RÉPONDRE

Par besoins particuliers, il faut entendre les besoins directement reliés à la déficience et aux limitations fonctionnelles, les autres besoins étant identifiés comme des besoins individuels comparables à ceux de tout autre enfant.

NUTRITION

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

HABILLAGE

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

PROPRETÉ

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

INTOLÉRANCES PARTICULIÈRES, ALLERGIES

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

MOTRICITÉ GLOBALE

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

MOTRICITÉ FINE

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

VISION

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

RAISONNEMENT

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

SOCIALISATION ET ADAPTATION

Expliquez les difficultés éprouvées : _____

Précisez les moyens envisagés pour y remédier : _____

PARTIE D

IDENTIFICATION DES BESOINS DU SERVICE DE GARDE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS PARTICULIERS DE L'ENFANT

VÉCU DU SERVICE DE GARDE

Le personnel a-t-il déjà vécu une démarche d'intégration d'un enfant qui a un handicap? OUI NON

BESOINS EN MATIÈRE DE :

Ressources humaines

Groupe restreint d'enfants — Précisez: _____

Aide individuelle pour certaines activités — Précisez: _____

Ressources matérielles

Adaptation du matériel régulier* — Précisez: _____

Équipement particulier** — Précisez: _____

Aménagement (pour les centres de la petite enfance, composante installation et les garderies à but lucratif admissibles seulement) — Précisez: _____

Collaboration extérieure

Information et documentation (ex.: type de handicap, bibliographie) — Précisez: _____

Formation spécifique (ex.: utilisation de l'appareil, moyens de communication particuliers) — Précisez: _____

Soutien professionnel (centres de réadaptation, CLSC, etc.) — Précisez: _____

IMPORTANT : * Les modifications de matériel devront être approuvées par un professionnel qualifié.

** Selon la recommandation d'un professionnel reconnu par le **ministère de la Famille et des Aînés** et les besoins particuliers identifiés par le service de garde, tel qu'ils ont été discutés avec le professionnel qualifié, le cas échéant.

SIGNATURE DU (DES) PARENT(S) OU TUTEUR(S)

Je suis en accord avec le plan d'intégration de mon enfant dans le service de garde.

Signature(s) du (des) parent(s) ou tuteur(s) : _____

Date : _____

Signature de la personne responsable de l'intégration au service de garde : _____

Vous pouvez obtenir de l'information en communiquant avec le **ministère de la Famille et des Aînés**, au numéro suivant : **1 877 216-6202**

- ♦ ou encore, consultez le site Web du Ministère : www.mfa.gouv.qc.ca

Ministère de la Famille et des Aînés

- ♦ 425, rue Saint-Amable,
Québec (Québec) G1R 4Z1
- ♦ 600, rue Fullum,
Montréal (Québec) H2K 4S7