

Mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants handicapés ayant d'importants besoins

Vous devez remplir ce formulaire s'il s'agit d'une première demande pour cet enfant (si l'enfant a été accepté pour la période du 1^{er} septembre au 31 août de l'année précédente, ne remplissez pas ce formulaire).

Section 1 Renseignements sur l'identité

Enfant

| | | | |
|---|---|---|--------|
| H | F | Nom de famille de l'enfant | Prénom |
| | | | |
| H | F | Nom de famille des parents ou des tuteurs | Prénom |
| | | | |

Adresse du domicile (numéro, rue, ville) Code postal

Adresse courriel Téléphone : Résidence Autre

J'autorise le service de garde mentionné ci-dessous à fournir tous les renseignements nécessaires à l'analyse de la demande de soutien à l'intégration de mon enfant. **J'accepte** de collaborer et de participer au plan d'intégration en service de garde et **je suis d'accord** avec la demande formulée par le service de garde.

Signature des parents ou des tuteurs (au moins une signature est exigée.)

Service de garde

Nom Numéro de division Numéro d'installation

Adresse postale Code postal

Téléphone Télécopieur Courriel

Nom de la directrice ou du directeur du service de garde ou du bureau coordonnateur Nom de l'éducatrice ou de l'éducateur

Nom de la personne responsable du service de garde en milieu familial (RSG) Nom de l'accompagnatrice ou de l'accompagnateur

Date (AAAA-MM-JJ) **Signature de la directrice ou du directeur** Date (AAAA-MM-JJ) **Signature de l'éducatrice ou de l'éducateur ou de la RSG**

Professionnel de la santé reconnu par le Ministère

Nom Prénom Fonction

Nom de l'établissement

Adresse postale Code postal

Téléphone Télécopieur Courriel

J'ai pris connaissance de la demande formulée par le service de garde et je confirme que cet enfant présente des besoins qui nécessitent de l'accompagnement pour favoriser son intégration en service de garde éducatif.

Commentaires ou précisions, s'il y a lieu

Date (AAAA-MM-JJ) Signature

Espace réservé au Ministère

Pour préserver la **confidentialité** et assurer la **protection des renseignements personnels**, veuillez attribuer à cette demande un numéro de dossier et détacher cette page avant de la remettre pour analyse aux membres du comité consultatif. La personne désignée, dans la région, pour la réception des demandes conservera ces renseignements selon les règles de confidentialité et effectuera auprès du service de garde les suivis découlant de la décision du comité.

| | | | |
|---------------------------------|---|--|--|
| Date de réception de la demande | Documents complets <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Admissibilité <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Respect des conditions préalables <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Date de remise au comité | Demande du service de garde : Heures/jour jours/sem jours/année | Décision du comité consultatif <input type="radio"/> Acceptée <input type="radio"/> Refusée | |
| Recommandation : | Nbre HEURES/JOUR | Nbre JOURS/ANNÉE | Nbre JOURS/ANNÉE |

Note : Afin de préserver la confidentialité, n'inscrivez pas le nom de l'enfant ni le nom du service de garde.

Numéro de dossier

Section 2 Renseignements sur la situation de l'enfant

| Date de naissance | | | Fréquente le service de garde depuis | | | Nombre de jours / semaine | Nombre d'heures / jour | Date de départ prévue | | | |
|-----------------------|------|------|--------------------------------------|------|------|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|------|------|--|
| Année | Mois | Jour | Année | Mois | Jour | | | Année | Mois | Jour | |
| | | | | | | | | | | | |
| Forme d'intégration : | | | | | | | Groupe d'âge : | Nombre d'enfants dans le groupe : | | | |
| Groupe simple | | | Jumelé | | | Multi-âges | | | | | |

Est-ce que l'enfant a déjà bénéficié de la Mesure exceptionnelle de soutien dans un autre service de garde? Oui Non

Description de la déficience et des incapacités fonctionnelles et comportementales (s'il y a lieu) de l'enfant et du diagnostic (s'il est accessible) :

Résumé des principaux besoins de l'enfant reliés à son intégration dans un service de garde :

Résumé des traitements médicaux reçus par l'enfant :

Un plan d'intégration en service de garde est-il appliqué? Oui Non **(voir le guide d'information)**

Si non, expliquez :

Section 3 Renseignements sur les besoins particuliers et sur les manifestations comportementales de l'enfant nécessitant un accompagnement pour son intégration au service de garde

Cette section a pour objet de préciser les besoins de soutien de l'enfant afin de faciliter son intégration dans son groupe, au sein du service de garde. Il est donc important de spécifier le type de soutien requis et d'apporter toutes les précisions qui permettent de mieux comprendre ses besoins dans le contexte du fonctionnement du groupe au service de garde.

3.1 Assistance dans les activités de base et de soins (l'assistance requise auprès de l'enfant en fonction de ses incapacités : aide physique, surveillance, accompagnement)

| | | | |
|--|--------------|---------------|-----|
| L'enfant a besoin d'aide au repas | Complètement | Partiellement | Non |
|--|--------------|---------------|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| L'enfant a un régime alimentaire particulier | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| L'enfant doit être positionné durant les repas | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|---|--------------|---------------|-----|
| L'enfant a besoin d'aide pour s'habiller et se déshabiller | Complètement | Partiellement | Non |
|---|--------------|---------------|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|--|-----|----------------|-----|
| L'enfant se lave les mains et le visage | Oui | Avec de l'aide | Non |
|--|-----|----------------|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------|-----|
| L'enfant porte des couches | De façon permanente | Occasionnellement | Non |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------|-----|

| | | | |
|---|-----|----------------|-----|
| L'enfant s'assoit sur le petit pot / la toilette | Oui | Avec de l'aide | Non |
|---|-----|----------------|-----|

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| L'enfant demande à aller aux toilettes | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| L'enfant a besoin d'accompagnement pour s'endormir et se réveiller | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|

| | | | |
|--|--|-----|-----|
| L'enfant dort au moment des siestes | | Oui | Non |
|--|--|-----|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| L'enfant a-t-il des intolérances particulières : froid, vent, bruit, chaleur, poussière, allergies, etc. ? | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|

Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis :

| 3.2 Aide aux déplacements, aux transferts et au positionnement pour compenser les incapacités physiques | | | | |
|---|-----|----------------------------|----------------|-----|
| L'enfant utilise-t-il des aides techniques ou tout autre moyen pour compenser son handicap ou pour lui permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne? (ex. : prothèse, orthèse, marchette, fauteuil roulant, tricycle, etc.) | | Oui | | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| L'enfant marche | Oui | Seul, mais avec difficulté | Avec de l'aide | Non |
| L'enfant court | Oui | Seul, mais avec difficulté | Avec de l'aide | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| L'enfant peut monter un escalier | Oui | Seul, mais avec difficulté | Avec de l'aide | Non |
| L'enfant peut descendre un escalier | Oui | Seul, mais avec difficulté | Avec de l'aide | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| L'enfant a besoin d'aide physique pour ses déplacements d'un lieu à un autre | | Oui | | Non |
| L'enfant a besoin d'aide physique pour son transfert d'un endroit à l'autre (fauteuil roulant, siège de positionnement, sol ou tapis) | | Oui | | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| 3.3 Nécessité d'interventions structurées et d'encadrement en raison de difficultés de comportement ou d'adaptation | | | | |
| L'enfant a des comportements inappropriés envers l'adulte | Oui | À l'occasion | Souvent | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| L'enfant a des comportements inappropriés envers ses pairs | Oui | À l'occasion | Souvent | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| L'enfant a d'autres difficultés de comportement ou d'adaptation (ex. : autostimulation, automutilation, crise, rigidité, etc.) | Oui | À l'occasion | Souvent | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |
| L'enfant a besoin de soutien/encadrement durant les périodes de transition | Oui | À l'occasion | Souvent | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | | |

| 3.4 Assistance aux apprentissages et aux activités structurées | | | |
|---|----------|--------------|-------------------|
| L'enfant a des difficultés sur le plan de la motricité fine (ex. : prise d'un crayon, découpage, saisie d'un objet en utilisant le pouce et l'index, etc.) | Oui | | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant a des difficultés d'apprentissage (capacité d'attention / de concentration, de mémoire, de raisonnement, etc.) | Oui | | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant participe aux activités structurées | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant participe aux activités libres prévues au programme éducatif | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| 3.5 Aide à la communication (expression des besoins et compréhension des consignes) | | | |
| – Langue maternelle de l'enfant | Français | Anglais | Autre, précisez : |
| – Langues parlées à la maison | Français | Anglais | Autre, précisez : |
| – Langues parlées au service de garde | Français | Anglais | Autre, précisez : |
| L'enfant communique verbalement | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant se fait comprendre par des signes, des gestes ou des sons | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant donne ou montre des objets lorsqu'on le lui demande | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant exprime ses besoins adéquatement | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant comprend et exécute une consigne simple | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |

| 3.5 Aide à la communication (expression des besoins et compréhension des consignes) (suite) | | | |
|--|-----|--------------|-----|
| L'enfant répond à des questions simples | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant répond quand on l'interpelle | Oui | À l'occasion | Non |
| 3.6 Soutien à l'adaptation sociale et dans les interactions ou relations avec les autres | | | |
| L'enfant recherche les contacts avec ses pairs | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant joue avec ses pairs | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant a besoin de soutien pour participer aux jeux collectifs | Oui | À l'occasion | Non |
| Si oui, précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant partage | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant peut jouer seul | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant a tendance à s'isoler | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| 3.7 Mesures d'intervention reliées à la sécurité (pour soi et pour les autres) et à la non-conscience du danger | | | |
| L'enfant a conscience du danger | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant respecte les limites prescrites | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |

| 3.7 Mesures d'intervention reliées à la sécurité (pour soi et pour les autres) et à la non-conscience du danger (suite) | | | |
|--|-----|--------------|-----|
| L'enfant présente des comportements de fugueur lorsqu'il est à l'extérieur du local | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant s'enfuit du local | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant fait des gestes dangereux pour lui-même | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| L'enfant fait des gestes dangereux pour les autres | Oui | À l'occasion | Non |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| Quelles sont les mesures prises par le service de garde pour assurer la sécurité de l'enfant ou de ses pairs ? | | | |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |
| 3.8 Assistance dans les traitements médicaux | | | |
| L'enfant nécessite-t-il des traitements médicaux majeurs effectués au service de garde ? | Oui | Non | |
| Précisez les difficultés et le type d'interventions/encadrement requis : | | | |

Cette section a pour objet de préciser les besoins en accompagnement de l'enfant au cours d'une **journée type en service de garde**, de manière à planifier le soutien additionnel. Pour plus d'explications, consultez le guide d'information.

| Moment de la journée | Besoins particuliers (Décrivez les besoins ou les comportements de l'enfant) | Actions concrètes ou gestes détaillés à accomplir (Indiquez ce que vous devez faire pour soutenir l'enfant) | Temps nécessaire (Durée quotidienne de l'acte accompli) | |
|---|---|--|---|-----|
| | | | h | min |
| Accueil | | | h | min |
| | | | | |
| Collation et repas | | | h | min |
| | | | | |
| Activités du matin en petits groupes | | | h | min |
| | | | | |
| Hygiène | | | h | min |
| | | | | |
| Habillage | | | h | min |
| | | | | |
| Détente et réveil | | | h | min |
| | | | | |
| Jeux extérieurs | | | h | min |
| | | | | |
| Activités de l'après-midi | | | h | min |
| | | | | |
| Fin de journée | | | h | min |
| | | | | |

| | h | min |
|--|---|-----|
| A. Total d'heures nécessaires par jour | | |
| B. Nombre d'heures par jour couvertes par l'allocation (AIEH) du ministère de la Famille | | |
| C. Nombre d'heures par jour couvertes par d'autres organismes ou sources de financemen | | |
| D. (A – B – C) = Nombre d'heures d'accompagnement demandées par jour | | |
| Reportez le résultat de la case D à la page 10, « Résumé de la demande du service de garde ». | | |

Section 4 Renseignements sur la situation du service de garde

L'enfant bénéficie-t-il de l'allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde du ministère de la Famille? Oui Non

- **Si oui**, précisez à quoi sert cette allocation : **(voir le guide d'information)**

- **Si non**, expliquez pourquoi :

L'enfant bénéficie-t-il de l'aide d'autres organismes ou d'autres sources de financement? Oui Non

- **Si oui**, précisez l'organisme, la source, la somme et à quoi sert cette aide :

D'autres enfants handicapés sont-ils présentement intégrés dans votre service? Oui Non

- **Si oui**, précisez le type de déficience ou les incapacités :

Avez-vous déjà intégré un enfant handicapé? Oui Non

- **Si oui**, précisez le type de déficience ou les incapacités :

Votre service s'est-il doté d'une approche ou d'une politique en matière d'intégration d'enfants handicapés? Oui Non

- **Si oui**, depuis quand?

Précisez les principaux éléments :

- **Si non**, comptez-vous entreprendre prochainement une démarche pour vous doter d'une approche ou d'une politique? Oui Non

Section 5 Renseignements sur la concertation entre partenaires

L'enfant et sa famille bénéficient-ils d'un plan de services individualisé (PSI)? Oui Non

• **Si oui**, précisez les principaux éléments du PSI :

• **Si non**, l'enfant est-il inscrit sur une liste d'attente d'un centre de réadaptation? Oui Non

Précisez lequel :

Indiquez les **partenaires** participant à l'offre de service destinée à cet enfant ou au service de garde prévus par le plan de services individualisé (PSI) de cet enfant et de sa famille.

| Établissement / organisme | Fonction de l'intervenante ou de l'intervenant | Objectif d'intervention / service* | Fréquence / durée |
|---------------------------|--|------------------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* Objectif d'intervention : par exemple, développement de l'autonomie, acquisition de la propreté, soutien-conseil, adaptation d'activités ou de matériel, etc.

Description de la concertation entre les partenaires : **(voir le guide d'information)**

Précisez l'ensemble des démarches accomplies (par le service de garde, les partenaires, les parents) et les moyens utilisés pour faciliter l'intégration de l'enfant ainsi que les résultats obtenus.

Autres renseignements ou commentaires sur les ajustements, adaptations ou besoins du milieu à l'égard de l'intégration de cet enfant au service de garde.

Résumé de la demande du service de garde

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---------------|
| | Nombre d'heures d'accompagnement demandées par jour : | | heures/jour |
| | | Nombre de jours par semaine : | |
| | | | jours/semaine |
| | Total des jours de fréquentation prévus du 1 ^{er} septembre au 31 août : | | jours |

ENVOI DE LA DEMANDE DE SOUTIEN

Faites parvenir le formulaire à la direction des services à la clientèle de votre territoire.

Joignez le plan d'intégration en service de garde de l'enfant handicapé.

À l'exception des renseignements demandés la première page du formulaire, évitez d'indiquer de l'information permettant d'identifier l'enfant pour lequel la mesure d'aide est demandée.

Avant d'envoyer votre demande de soutien, assurez-vous que le formulaire (format légal) soit signé par les parents, le directeur du service de garde ou du bureau coordonnateur et le professionnel de la santé.

MESURE EXCEPTIONNELLE DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION DANS LES SERVICES DE GARDE POUR LES ENFANTS HANDICAPÉS AYANT D'IMPORTANTES BESOINS

Direction des services à la clientèle - Île de Montréal

Ministère de la Famille
600, rue Fullum,
6^e étage
Montréal (Québec) H2K 4S7

Centre des services à la clientèle et des plaintes
Téléphone : 1 855 336-8568

Direction des services à la clientèle - Sud
(Estrie - Montérégie)

Ministère de la Famille
201, place Charles-Le Moyne, 6^e étage, bureau 6.02
Longueuil (Québec) J4K 2T5
drcsq.mesures.exceptionnelles@mfa.gouv.qc.ca

Centre des services à la clientèle et des plaintes
Téléphone : 1 855 336-8568

Direction des services à la clientèle - Ouest
(Outaouais - Abitibi-Témiscamingue - Laval - Lanaudière - Laurentides)

Ministère de la Famille
1760A, boul. Le Corbusier
Laval (Québec) H7S 2K1
drong.mesures.exceptionnelles@mfa.gouv.qc.ca

Centre des services à la clientèle et des plaintes
Téléphone : 1 855 336-8568

Direction des services à la clientèle - Capitale-Nationale, Nord et Est
(Bas-Saint-Laurent - Saguenay-Lac-Saint-Jean - Capitale-Nationale - Mauricie - Côte-Nord - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine - Chaudière-Appalaches - Nord-du-Québec - Centre-du-Québec)

Ministère de la Famille
750, boul. Charest Est, bureau 510
Québec (Québec) G1K 3J7
DSCCNNE.mesure.exceptionnelle@mfa.gouv.qc.ca

Centre des services à la clientèle et des plaintes
Téléphone : 1 855 336-8568