

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 

# Rapport du professionnel

## 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 l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille :

<b>SUR LE PLAN MOTEUR</b>	omnipraticiens médecins spécialistes ergothérapeutes physiothérapeutes
---------------------------	---

<b>SUR LE PLAN VISUEL</b>	ophtalmologistes optométristes
---------------------------	-----------------------------------

<b>SUR LE PLAN AUDITIF</b>	audiologistes
----------------------------	---------------

<b>SUR LE PLAN DE LA COMMUNICATION</b>	orthophonistes
--	----------------

<b>SUR LE PLAN INTELLECTUEL</b>	psychologues psychiatres
---------------------------------	-----------------------------

<b>SUR LE PLAN PSYCHOPATHOLOGIQUE</b>	psychologues psychiatres
---------------------------------------	-----------------------------

<b>SUR LE PLAN ORGANIQUE</b>	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 l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille aux numéros suivants : région de Montréal : (514) 873-2323 ; région de Québec : (418) 643-2323 ; ailleurs au Québec : 1 800 363-0310.

### 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 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Rapport du professionnel

## 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 : \_\_\_\_\_

Emploi,  
Solidarité sociale  
et Famille

Québec 