

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ODIS – CONTEXTE DE L'ENFANT CLIENTÈLE TSA 0-6 ANS

Présentation de l'enfant

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
année mois jour

Diagnostic : ☐ TSA ☐ Hypothèse Autre : _____

Langue comprise : ☐ Français ☐ Anglais Autre : _____

Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais Autre : _____

Milieu de vie

Vit avec : ☐ Les parents

☐ Mère

☐ Père

☐ Tuteur

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Présence d'animaux : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : _____

Autres renseignements pertinents : _____

Situation actuelle de l'enfant (pour septembre)

☐ À domicile CPE : ☐ Installation ☐ Milieu familial

Service de garde privé : ☐ Installation ☐ Milieu familial

Nom du service de garde : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Le milieu de garde est-il le même que l'année ou les années dernières ? ☐ Oui ☐ Non

Les parents font-ils des démarches pour changer de milieu de garde ? ☐ Oui ☐ Non

Nom :

Prénom :

Dossier :

Prématernelle

Une inscription à la prématernelle est-elle prévue pour septembre ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, à quelle école :

Ville :

Lorsque l'enfant est au service de garde

Fréquentation

☐ Groupe de son âge

☐ Groupe multi-âge

☐ Groupe simple

☐ Groupe double

☐ Temps plein

☐ Temps partiel

Horaire de fréquentation

L M M J V

AM ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PM ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

L'éducatrice régulière est présente : Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Nombre d'heures/semaine _____

Si temps partiel, est-elle remplacée par la même éducatrice :

☐ Oui

☐ Non

Quelle est sa journée de congé ? _____

L'enfant reçoit-il un service d'accompagnement ou autre service spécialisé dans le milieu de garde ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

L'enfant fait-il une sieste ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, spécifiez les heures :

De : _____ h _____ À : _____ h _____

Y a-t-il un local disponible pour faire de la thérapie individuelle ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, inscrire les heures de disponibilité du local :

De : _____ h _____ À : _____ h _____

Y a-t-il un endroit sécuritaire pour entreposer le matériel des intervenants ?

☐ Oui

☐ Non

Autres renseignements pertinents en lien avec le milieu de garde : _____

Services au privé ou autres services

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lequel ?

☐ Ergothérapie

☐ Orthophonie

☐ ICI/ABA

Autre : _____

Spécifiez l'horaire : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Présence d'un travailleur social au dossier

☐ Oui ☐ Non

Établissement : _____

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Implication de la famille

Au moment actuel, quel est le niveau d'implication des parents avec les services reçus ?

☐ Bonne collaboration et disponibilité :

☐ Annulation fréquente des rencontres prévues :

☐ Les parents ne sont pas disponibles :

Autre information familiale (fratrie, horaire de garde, maladie, etc.)

Nom :Prénom :# Dossier :

Signature et titre
professionnel :Date :aaaa-mm-jj