



Réservé à l'administration

Date de réception :

Signature :

Formulaire de demande de répit

But du formulaire

Prendre connaissance des informations générales concernant votre enfant pour nous permettre d'évaluer lequel de nos répits correspond le mieux à ses besoins. Nous pourrions ensuite vous indiquer si ce répit comporte une liste d'attente ou non.

S'il y a une liste d'attente

Nous vous recontacterons aussitôt que nous sommes rendus au tour de votre enfant (priorisation par date d'inscription).

S'il n'y a pas de liste d'attente

Nous vous enverrons des documents plus détaillés que celui-ci, à nous retourner complétés, pour nous permettre d'évaluer les besoins de votre enfant, ainsi que de procéder à une période d'observation dans son milieu scolaire. À la suite de ces deux étapes, nous vous tiendrons informé de si nous sommes en mesure ou non, de répondre aux besoins de votre enfant dans nos répits. Si la réponse est positive, l'intervenant clinique vous contactera pour planifier la période d'intégration.

À noter

Le terme employé dans ce document pour nommer la personne à qui s'adresse la demande de répit est le mot « participant ». Il permet d'englober autant le sexe féminin, que masculin, que l'âge de la personne (enfant, adolescent, adulte).

Nom du participant

Prénom du participant

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Téléphone maison

Téléphone cellulaire

Adresse courriel

Quel(s) est/sont les diagnostics du participant
(précisez le grade de TSA s'il est connu)

Le participant a-t-il une déficience intellectuelle ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, quelle est le niveau de sévérité (légère, moyenne, sévère, profonde)

Légère
Moyenne
Sévère
Profonde

Adresse complète du participant

Nom et prénom du parent ou du tuteur légal
(précisez votre rôle)

École (précisez la classe, le nom de l'enseignant(e) et le type d'accompagnement s'il y a lieu) ou centre de jour fréquenté
(Exemple : en 2ème année, en classe régulière avec accompagnement de 8h/semaine par une TES. Dans école X. Nom de l'enseignant Y)

Nom et rôle d'un intervenant au dossier
(CSSS, CRDI, TES école, etc.)

Coordonnées de l'intervenant

De quelle façon est-ce que le participant communique ?

Verbale
Peu verbale
Non verbale

Est-ce qu'il répond à des consignes verbales simples ?

Oui
Non

Est-ce qu'il communique avec des pictogrammes ?

Oui
Non

Est-il autonome à la toilette ?

Oui
Non

Est-il autonome en ce qui concerne son hygiène ?
(brosser les dents, bain, douche, etc.)

Oui
Non

Porte-t-il des culottes d'incontinence ?

Oui
Non
La nuit uniquement

Présente-t-il des comportements d'agressivités ?

Oui
(préciser l'intensité, la fréquence et les déclencheurs s'ils sont connus)

Rarement
Non

Quels sont ses activités et intérêts préférés ?

Avez-vous un dossier au Service d'aide aux néo-canadiens ?

Oui
Non

Quels services vous intéressent ?

SAMEDI répit (9h à 16h)
Adulte (18 ans et +)

SAMEDI répit (9h à 16h)
Adolescent (10 - 17 ans)

SAMEDI répit (9h à 16h)
Enfant (5 - 10 ans)

Répit à domicile

Autre service, svp précisez

Merci de nous retourner le formulaire complété par un de ces moyens de communication :

- Par courriel : intervenantclinique1@autisme-estrie.com
- Par télécopieur : (819) 822 – 3127
- Par la poste :
Autisme Estrie
2350 rue de Rouville
Sherbrooke QC
J1J 1X8

En nous fournissant vos informations personnelles pour remplir ce formulaire, vous consentez à ce que vos renseignements personnels soient conservés et utilisés uniquement pour nos offres de services. La durée de conservation de vos informations sera en fonction de la durée à utiliser les services d'Autisme Estrie (dossier numérique et papier détruit après 5 ans). Vous vous engagez aussi à garder la confidentialité du nom des personnes présentes lors des activités et des propos rapportés.