

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<sup>er</sup> 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
H	F	Nom de famille des parents ou des tuteurs	Prénom
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Date (AAAA-MM-JJ)	Signature

**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 :		
<input type="radio"/> Groupe simple			<input type="radio"/> Jumelé			<input type="radio"/> 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

### 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 :

### 3.4 Assistance aux apprentissages et aux activités structurées

**L'enfant a des difficultés sur le plan de la motricité fine (x. : 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

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

**A** Total d'heures professionnelles requises



## 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.

## 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage, bureau 6.02  
Longueuil (Québec) J4K 2T5  
[drcsq.mesures.exceptionnelles@mfa.gouv.qc.ca](mailto: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  
[dronq.mesures.exceptionnelles@mfa.gouv.qc.ca](mailto:dronq.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](mailto:DSCCNNE.mesure.exceptionnelle@mfa.gouv.qc.ca)

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