|  |  |
| --- | --- |
| **Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et déficience physique** | Demande de servicesBredouillement**SECTION PARENTS** |
| **DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR UN PARENT** |

Version électronique

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Identification de l’enfant**
 |  |
| Nom de famille      | Prénom      | Date de naissance      |
| Courriel de la mère ou du parent 1 :       |
| Courriel du père ou du parent 2:       |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Impacts au quotidien**
 |  |
| Avez-vous de la difficulté à comprendre votre enfant parce qu’il parle trop vite ?Avez-vous de la difficulté à comprendre ses demandes pour cette raison ? | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que le fait de parler trop vite affecte émotivement votre enfant?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent |
| Est-ce que votre enfant abandonne son idée lorsqu’il n’arrive pas à se faire comprendre?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent |
| Est-ce que votre enfant a de la difficulté à se faire des amis à cause de sa difficulté à communiquer?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent |
| Est-ce que votre enfant s’isole à cause de sa difficulté à communiquer?[ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent |
| Est-ce que votre enfant vit des conflits/chicanes en raison de sa façon de parler? [ ]  Jamais [ ]  Rarement [ ]  Parfois [ ]  Souvent |
| Est-ce votre enfant abandonne rapidement ses échanges?[ ]  Oui [ ]  NonSi oui, lesquelles?       |
| Est-ce qu’il y a d’autres problématiques qui vous préoccupent? Si oui, précisez :       |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **La motivation**
 |  |
| Qui a eu le besoin de faire une demande d’aide pour le bredouillement de votre enfant?  |
| [ ]  Vous-même[ ]  Votre enfant | [ ]  Autre :       |
| Les services en bredouillement impliquent de :1. participer à des rencontres à l’Hôpital juif de réadaptation du CISSS de Laval;
2. faire des exercices à la maison plusieurs fois par semaine.
 |
| Votre motivation (ou disponibilité) à faire cela est :  |
|  | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 |  |
|  | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | Excellente |  |
| La motivation (ou disponibilité) de votre enfant à faire cela est : |
|  | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 |  |
|  | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | Excellente |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Parent ayant complété le formulaire** |  |
| NOM, PRÉNOM      |  |
| Signature du parent |        Date |