|  |  |
| --- | --- |
| **Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et déficience physique** | Demande de services  Bredouillement  **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  Non  Si 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 |