ÉCOLE JOHN-F.-KENNEDY
Édifice Elm, 215 avenue Elm, Beaconsfield H9W 2E2
Édifice Bélanger, 51 avenue Bélanger, LaSalle H8R 3K5
Édifice Pierrefonds, 13280 rue Huntington, Pierrefonds H8Z 1G2
Tél. : 514-855-4204, direction.john-f-kennedy@csmb.qc.ca

Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys
Québec

TEVA

Pistes de réflexion à

Date : _____

Nom de l'élève : _____

Titulaire : _____

La dernière année de scolarisation de votre enfant sera :

_____-_____

Dans le but de préparer la transition entre l'école et la vie active de votre enfant, nous souhaitons tracer un portrait de ce dernier. Ainsi, nous établirons ensemble les objectifs prioritaires à travailler. Nous vous demandons de bien vouloir nous retourner ce document le plus tôt possible afin que nous puissions le consulter avant la rencontre de plan d'intervention.

Merci de votre collaboration!

Autonomie

- Est-ce que votre enfant peut s'occuper seul? Oui Non

À quelles activités?

_____

_____

- Est-ce que votre enfant peut cesser une activité sur demande ? Oui Non
- Est-ce que votre enfant accepte de l'aide? Oui Non

- Est-ce que votre enfant peut prendre des initiatives? Oui Non

Lesquelles?_____

- Votre enfant présente-t-il des difficultés de sommeil? Oui Non

- Recevez-vous du soutien (services externes) pour les soins d'hygiène de votre enfant? Oui Non

- Où votre enfant habitera-t-il après avoir quitté l'école? (chez ses parents, en ressource, en appartement supervisé, etc.).

  _____
  _____

- Comment votre enfant accédera-t-il à la communauté? (Un membre de la famille assurera ses déplacements ou il prendra l'autobus municipal, un autre moyen de transport ou il sera inscrit au service de transport adapté?) Précisez :

  _____
  _____

Pour le tableau suivant, veuillez utiliser la légende qui suit :

0	Ne le fait pas
1	A besoin d'aide en tout temps
2	A parfois besoin d'aide
3	Le fait de façon autonome
NE	Ne s'applique pas

Hygiène	**0 à 3** *voir légende et spécifier au besoin
Aller à la toilette	
Se laver les mains	
Se moucher	

Brosser ses dents	
Laver son visage	
Se raser	
Changer sa serviette sanitaire	
Déplacements et transitions	**0 à 3** *voir légende et spécifier au besoin
Effectuer de courts déplacements	
Respecter les consignes lors des déplacements (marcher, marcher sur le trottoir, regarder de chaque côté de la rue, respecter la signalisation, etc.)	
Éviter les obstacles	
Connaître ses coordonnées personnelles (sécurité)	
Respecter les consignes dans un véhicule (rester attaché, rester assis)	
Prendre le transport en commun	
Habillage / déshabillage	**0 à 3** *voir légende et spécifier au besoin
S'habiller seul	
Se déshabiller seul	
Alimentation	**0 à 3** *voir légende et spécifier au besoin
Manger	
Boire	
Utiliser des ustensiles	
S'organiser pour son repas (mettre le couvert, desservir la table, jeter ses déchets)	
Demeurer assis	
Être propre quand il mange	

Utiliser de petits appareils ménagers (micro-ondes, grille-pain, etc.)	

Habiletés personnelles et sociales

- Votre enfant présente-t-il des comportements qui interfèrent avec ses activités dans la communauté, le travail, l'école ou la maison (exemple : comportements agressifs, risque de fugue, comportements à risque pour sa sécurité, comportements sexuels)?
  Précisez :
  _____
  _____
  _____

  - Dans quelles circonstances se présentent ces comportements?

  _____
  _____
  _____

  - Quelles sont vos interventions face à ces comportements?

  _____
  _____
  _____

- Quels moyens votre enfant utilise-t-il pour se calmer?
  _____
  _____

- Est-ce que votre enfant a des occasions de côtoyer des jeunes de son âge? A-t-il besoin d'aide pour entretenir ou élargir son réseau social?
  _____
  _____

- Votre enfant a-t-il des activités de loisir à l'extérieur de la maison? Si oui, lesquelles :
  _____
  _____
  Si non, souhaitez-vous qu'il ait des activités de loisirs, autres que les moments libres à la maison? Oui Non

- Avez-vous besoin d'informations sur les services de loisirs qui lui seraient accessibles? Oui Non

- Comment votre enfant occupe-t-il ses temps libres? _____
_____

- Votre enfant a-t-il des activités de loisir à l'extérieur de la maison? Si oui, lesquelles :_____
_____

- Votre enfant peut-il initier un jeu? Oui Non

- Est-ce que votre enfant accepte de partager ses jouets? Oui Non

- Est-ce que votre enfant accepte d'essayer de nouvelles choses? Oui Non

- Est-ce que votre enfant peut jouer avec un pair? Oui Non

- Est-ce que votre enfant peut attendre son tour? Oui Non

- Est-ce que votre enfant varie ses activités? Oui Non

- Si votre enfant est confronté à un problème de la vie quotidienne (porte barrée, lacet détaché, oubli de matériel, etc.), sera-t-il capable de trouver une solution? Comment?
_____
_____
_____

- Est-ce que votre enfant pense à sa vie amoureuse? Vous parle-t-il d'avoir un/une conjoint/e? Veut-il avoir des enfants?
_____
_____

- A-t-il besoin d'informations sur la sexualité, la contraception, etc.? Oui Non

<u>Communication</u>

- Quels sont les outils et les moyens de communication utilisés par votre enfant à l'école et à la maison? Comment communique-t-il ses besoins?
_____
_____
_____

- Est-ce que votre enfant répond à son prénom? Oui Non Parfois

- Est-ce que votre enfant comprend les consignes simples (non, arrête, attends, assis-toi, donne, viens me voir, etc.)? Oui Non Parfois

- Est-ce que votre enfant comprend les consignes complexes (ex : va chercher un chandail et viens t'asseoir, prend une boîte de jus et mets-là dans ta boîte à lunch, etc.)?
  Oui Non Parfois

- A-t-il besoin de support visuel pour comprendre les consignes? Oui Non

- Est-ce que votre enfant peut avoir une conversation (respecter le sujet, écouter, respecter le tour de rôle, etc.)? Oui Non

- Est-ce que votre enfant peut demander de l'aide? Oui Non

- Qu'est-ce que votre enfant peut faire comme demande et comment fait-il ses demandes?
  _____
  _____

- Est-ce que votre enfant est capable de refuser quelque chose et comment le fait-il?
  _____
  _____

- Est-ce que votre enfant est capable de le dire lorsqu'il ne comprend pas quelque chose?
  Oui Non

- Est-ce que votre enfant peut exprimer ses émotions (peur, tristesse, joie, colère)? Si oui, Lesquelles et comment?
  _____
  _____

- Cocher les besoins que votre enfant peut exprimer :

	✔
Faim	
Soif	
Douleur	
Fatigue	
Besoin d'aller à la toilette	

Préparation au marché du travail

- Pensez-vous que votre enfant a un intérêt pour le travail? Oui Non
  Si oui, quel type de travail? _____
- Quelles tâches ménagères votre enfant fait-il de façon autonome?
  _____
  _____
- Quelles tâches ménagères votre enfant fait-il avec aide?
  _____
  _____

Nom du parent ou du répondant ayant complété ce questionnaire :

_____

Signature du parent : _____