

COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA DEMANDE DE SERVICES

Programme déficience langage

Clientèle allophone

Merci de compléter ce document et de le joindre à votre demande de services.

- Ce document doit être rempli pour un jeune exposé à plus d'une langue au quotidien (minimum 2 h / jour).
- Ce document doit accompagner 1) la *Demande de services* et 2) le *Complément d'Information à la demande de services – Programme déficience langage – Clientèle langage*.
- Ce document doit être rempli par le professionnel effectuant la demande de service, en collaboration avec le parent.
- Ce document ne remplace pas le rapport d'évaluation orthophonique, mais vise à obtenir un portrait linguistique du jeune allophone et de sa famille.

À NOTER

Il est important de répondre à toutes les questions.

Informations relatives au jeune

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Numéro de dossier du CHUSJ :

Informations relatives au référent ayant rempli le document

Nom, Prénom du référent :

Établissement :

Date :

SECTION A – INVENTAIRE DES LANGUES DANS LES MILIEUX DE VIE DU JEUNE

1. Veuillez remplir le tableau suivant en prenant soin d'indiquer l'ensemble des langues auxquelles le jeune est exposé de manière active (avec un partenaire de communication) dans son quotidien.

Langues	Partenaires de communication	Contextes d'exposition	Début de l'exposition (âge)	Durée de l'exposition (nombre d'heures / semaine)
				Maximum de 12 h / jour Total de 84 h / semaine
Ex. : Espagnol	Parents Grands-parents	Maison	Depuis la naissance	30 h / semaine
Ex. : Français	Éducatrice Fratrie Amis	Garderie	Depuis l'âge de 12 mois	40 h / semaine
		Maison Voisinage	Depuis la naissance Depuis l'âge de 4 ans	10 h / semaine 4 h / semaine

NOM, Prénom :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

2. Suite aux informations fournies dans le tableau précédent, précisez ci-dessous, selon vous, le profil linguistique du jeune.

- a. Langue maternelle : _____
- b. Langue seconde : _____
- c. Langue dominante : _____

3. Précisez les langues auxquelles le jeune est exposé de manière passive dans les contextes suivants :

- a. Livres : _____
- b. Écrans (ex. : iPad, télévision) : _____
- c. Autres contextes : _____

SECTION B – SERVICES ANTÉRIEURS EN ORTHOPHONIE

Volet évaluation

4. Précisez le(s) type(s) d'évaluation(s) réalisée(s) :

- Dynamique Questionnaire parental Formelle
- Observations dans les milieux de vie (ex. : maison, garderie, école) Sommaire / Informelle
- Autre(s), précisez : _____

5. L'évaluation (ou les évaluations) s'est-elle (ou se sont-elles) déroulée(s) dans toutes les langues auxquelles le jeune est exposé ?

- Oui Non, pourquoi ? _____

6. Qui a servi d'interprète ?

- Mère Père Orthophoniste Interprète
- Autre : _____

7. Est-ce que les difficultés langagières du jeune se manifestent dans toutes les langues ?

- a) Langage réceptif : Oui Non, précisez les degrés d'atteintes dans chaque langue :

- b) Langage expressif : Oui Non, précisez les degrés d'atteintes dans chaque langue :

8. Quelles recommandations ont été transmises au parent ?

- Période de francisation Thérapie orthophonique
- Mise en place d'un plan d'intervention dans la langue dominante
- Autre(s), précisez : _____

COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA DEMANDE DE SERVICES

Programme déficience langage

Clientèle allophone

Merci de compléter ce document et de le joindre à votre demande de services.

Volet intervention

9. Si le jeune a bénéficié d'un suivi orthophonique, précisez la modalité de ce suivi :

Suivi individuel Coaching parental Groupe de stimulation

Autre : _____

10. Précisez la(les) langue(s) dans laquelle (lesquelles) se sont déroulées les interventions ?

11. Le parent nécessite-t-il la présence d'un interprète ? Oui Non

12. Si le jeune n'a pas reçu de suivi orthophonique, précisez pour quelles raisons ?

Informations complémentaires en lien avec la référence
