

## COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA DEMANDE DE SERVICES

Programme suppléance à la communication orale et écrite  
Accès à la mobilité et intégration des technologies complexes  
(SACOÉ – AMITEC)

Merci de compléter cette **Demande de consultation (Partie A)**  
et de la joindre à votre demande de services.

\*\*\* Joindre les rapports d'**ergothérapie** et d'**orthophonie** à cette demande de consultation.\*\*\*

### Informations relatives au jeune

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Informations relatives au référent

Établissement : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Orthophoniste : \_\_\_\_\_ Poste téléphonique : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Ergothérapeute : \_\_\_\_\_ Poste téléphonique : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### Milieu scolaire ou de garde

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Commission scolaire : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_ Type de classe : \_\_\_\_\_

Enseignant/Éducateur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Professionnel impliqué : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
(si différent du référent)

Professionnel impliqué : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
(si différent du référent)

Si l'enfant fréquente un milieu de garde, quelle est l'année de l'intégration scolaire et le type de classe prévus ?

### Diagnostic principal et conditions associées (ex. : déficits sensoriel, visuel, auditif)

### Conclusions en orthophonie et ergothérapie

NOM, Prénom :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

### Motif de la référence

Consultation professionnelle pour orienter la démarche d'intervention :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En suppléance à la communication orale                                | <input type="checkbox"/> En suppléance à la communication écrite                     |
| <input type="checkbox"/> Pour l'accès au jeu, à l'occupation ou au contrôle de l'environnement | <input type="checkbox"/> Pour la mobilité / la conduite de fauteuil roulant motorisé |

*Parmi les choix suivants, identifier la nature de la demande de consultation*

Client n'ayant pas déjà une aide technique	Client ayant déjà une aide technique
<input type="checkbox"/> Pertinence d'attribution d'une aide technique en lien avec les besoins du jeune, ses facteurs personnels et environnementaux <input type="checkbox"/> Choix d'une aide technique en lien avec les besoins du jeune, ses facteurs personnels et environnementaux <input type="checkbox"/> Accès, programmation, installation ou intégration d'une aide technique <input type="checkbox"/> Démarches auprès d'un agent payeur <input type="checkbox"/> Autre(s) besoin(s) :	Aide technique attribuée : Année d'attribution : _____ <input type="checkbox"/> Support à l'intégration de l'aide technique dans : <input type="checkbox"/> Le milieu familial <input type="checkbox"/> Le milieu scolaire ou de garde <input type="checkbox"/> Support à l'analyse des besoins d'ajustements ou de modifications pour : <input type="checkbox"/> Une programmation, un logiciel, une application <input type="checkbox"/> Un accès <input type="checkbox"/> Une installation <input type="checkbox"/> Autres aspects techniques :

Précision des besoins et attentes identifiés par le référent :

### Besoins et attentes identifiés par le jeune et sa famille

**Intervenants identifiés pour assurer le suivi suite aux recommandations de l'équipe SACOÉ-AMITEC (si différents du référent) :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (poste) : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (poste) : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

### Interventions réalisées en lien avec la référence

1. Préciser les stratégies, les aides à la communication et les technologies présentement utilisées par le jeune.

2. Détailler les essais réalisés (quoi, quand et comment : objectifs, résultats).

### Autres informations pertinentes

### Consentement

- Le jeune et sa famille ont été informés de cette référence, sont en accord avec celle-ci et consentent à la transmission des informations contenues dans la présente demande de consultation.
- Les intervenants scolaires ou de réadaptation **actuels** sont informés de cette démarche et sont favorables à l'intégration d'un outil de suppléance à la communication ou d'une aide technique pour l'accès à l'environnement/mobilité (si applicable).
- Les intervenants scolaires ou de réadaptation **futurs** seront informés de cette démarche.

### Complément d'information à la demande de services remplie par :

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_