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

Version électronique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’enfant | |  | |
| Nom de famille | Prénom | | Date de naissance |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Impacts au quotidien** |  |
| Est-ce votre enfant a de la difficulté à faire ses demandes à cause de son bégaiement? | |
| Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | |
| Précisez : | |
| Est-ce qu’en raison de son bégaiement, vous avez de la difficulté à comprendre votre enfant lorsqu’il vous parle? | |
| Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | |
| Précisez : | |
| Comment réagit votre enfant lorsqu'il bégaie : | |
| Il continue sa phrase?  Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | |
| Il se fâche?  Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | |
| Il arrête de parler?  Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | |
| Il change de phrase?  Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A-t-il d’autres réactions? | | | |
| Si ces réactions sont problématiques, expliquez : | | | |
| Votre enfant se fait-il taquiner parce qu’il bégaie? | | | Oui  Non |  |
| Votre enfant est-il conscient de son bégaiement? | | | Oui  Non |
| Est-ce qu’en raison de son bégaiement, votre enfant évite de parler dans certaines situations ?  Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours | | | |
| Précisez (où, quand, etc.) : | | | |
| Est-ce qu’il y a d’autres problématiques qui vous préoccupent?  Si oui, précisez : | | | |
| 1. **Motivation** |  | | |
| Qui a vu le besoin de faire une demande d’aide pour le bégaiement de votre enfant? | | | |
| Vous-même  Votre enfant | | Autre : | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Les services en bégaiement 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 |