

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur votre identité (parent qui reçoit l'Allocation famille)

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Numéro d'assurance sociale		Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)					
Adresse (numéro, rue, appartement)							
Ville			Province			Code postal	
Téléphone ind. rég. ind. rég.							
Au domicile		Autre		Poste			

2. Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille		Prénom		Date de naissance année mois jour	
2.1 Est-ce que votre enfant est actuellement hébergé ou placé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 2.2 Est-ce que votre enfant a été hébergé ou placé au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , précisez les périodes: _____ 2.3 Est-ce que votre enfant reçoit ou pourrait recevoir des indemnités d'aide personnelle à domicile de: <ul style="list-style-type: none"> • la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 							

3. Renseignements sur le service de garde ou l'école que fréquente votre enfant

L'enfant fréquente <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Garderie en milieu familial <input type="checkbox"/> École			Depuis année mois		Fréquence (jours/semaine)		
Nom de l'établissement					Téléphone de l'établissement ind. rég.		
Nom de l'éducateur en garderie / enseignant							

4. Évolution de l'état de santé de votre enfant

L'état de santé de votre enfant: s'est amélioré s'est détérioré est inchangé

Inscrivez vos commentaires ou observations.

8. Évaluations et suivis pour votre enfant (suite)

8.2 Suivis par des professionnels de la santé et des intervenants

Veillez fournir l'information demandée dans le tableau ci-dessous si votre enfant **a consulté** un professionnel de la santé ou un intervenant pour chacun des domaines d'expertise présentés. Inscrivez les renseignements sur le suivi réalisé ou cochez la case de la dernière colonne du tableau si votre enfant n'a pas été évalué dans les domaines d'expertise précisés. Si votre enfant a été évalué dans un autre domaine d'expertise que ceux mentionnés, veuillez l'indiquer à la fin du tableau.

Si vous avez des copies des rapports d'évaluation de votre enfant, veuillez les joindre à votre demande.

Domaine d'expertise	Nom du professionnel ou de l'intervenant	Nom et adresse de l'établissement ou de la clinique	Fréquence du suivi actuel, s'il y a lieu	Date de la dernière évaluation	L'enfant n'a jamais été évalué dans ce domaine.
Ergothérapie				année mois	<input type="checkbox"/>
Orthophonie					<input type="checkbox"/>
Physiothérapie					<input type="checkbox"/>
Psychologie (évaluation intellectuelle et des comportements adaptatifs)					<input type="checkbox"/>
Travail social					<input type="checkbox"/>
Éducation spécialisée (centre de réadaptation, CISSS)					<input type="checkbox"/>
Autres (veuillez indiquer le domaine d'expertise):					

8.3 Suivis médicaux et professionnels à venir

Est-ce que votre enfant aura d'autres évaluations? Oui Non Je ne sais pas.

Si oui, précisez les informations sur les évaluations à venir dans ce tableau.

Nom du médecin, du professionnel ou de l'intervenant	Sa spécialité	Nom et adresse de l'établissement ou de la clinique	Date prévue du rendez-vous
			année mois

