

Demande de supplément pour enfant handicapé

Soutien aux enfants

Le supplément pour enfant handicapé est une aide financière visant à aider les familles à assumer la garde, les soins et l'éducation d'un enfant ayant un **handicap** qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne.

Vous pouvez avoir droit à ce supplément si :

- vous êtes admissible au paiement de Soutien aux enfants;
- votre enfant a un handicap qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne pendant une période prévisible d'au moins un an.

Les activités de la vie quotidienne sont celles que votre enfant peut faire, selon son âge, pour prendre soin de lui et participer à la vie sociale, comme se nourrir, se déplacer, s'habiller, communiquer et apprendre.

Notre équipe médicale évalue la condition de votre enfant selon les **critères d'admissibilité** définis dans la *Loi sur les impôts* et son règlement.

Pour connaître ces critères, vous pouvez :

- consulter notre site Web au www.retraitequebec.gouv.qc.ca;
- communiquer avec nous (coordonnées à la page suivante).

Pour soumettre votre demande, vous devez :

- remplir, **signer** et retourner la **Partie du parent** dès qu'elle est remplie;
- fournir tous les documents demandés au tableau *Documents que le parent doit fournir* aux **pages 3 et 4**;
- inscrire le nom de votre enfant à la **section 1.1** et **signer** le consentement à la **section 1.2** de la **Partie du professionnel**;
- remettre cette partie au professionnel qui a évalué ou traité votre enfant et qui connaît le mieux sa condition. Il la remplira et nous la fera parvenir.

Nouvelles informations

Si vous recevez de nouvelles informations concernant la condition de votre enfant au cours des 12 mois suivant l'envoi de votre demande, veuillez nous en informer dès que possible afin que nous puissions considérer ces nouvelles informations dans l'analyse de votre dossier.

Le supplément peut être versé rétroactivement pour les mois qui précèdent le mois de réception de votre demande si, pendant cette période, la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité. Ce paiement rétroactif peut couvrir une période maximale de 11 mois précédant le mois de réception de votre demande.

1. À des fins de simplification, le terme *parent* utilisé dans le présent formulaire représente la personne, ou le conjoint de celle-ci, qui est responsable des soins et de l'éducation de l'enfant et qui réside avec lui.

Pour obtenir plus de renseignements



Par Internet

Mon dossier

Accédez à votre dossier
en tout temps

www.retraitequebec.gouv.qc.ca



Par téléphone

Région de Québec : 418 643-3381
Région de Montréal : 514 864-3873
Sans frais : 1 800 667-9625

Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. **L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement.** Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.



Le dépôt direct : la solution pour recevoir vos versements

Si ce n'est pas déjà fait, inscrivez-vous au dépôt direct pour recevoir vos versements dans votre compte. Faites-le par Internet au www.retraitequebec.gouv.qc.ca ou communiquez avec nous.

Veillez remplir le formulaire et le retourner à :

**Retraite Québec
Case postale 7777
Québec (Québec) G1K 7T4**

Documents que le parent doit fournir

IMPORTANT

Pour que votre enfant soit admissible au supplément pour enfant handicapé, sa condition doit correspondre aux critères d'admissibilité définis dans la *Loi sur les impôts* et son règlement. Un diagnostic posé par un professionnel de la santé ne donne pas nécessairement droit au supplément.

Pour certaines catégories de handicap, des documents doivent être fournis par le parent, en plus de la demande. Une photocopie de ces documents est suffisante. Veuillez consulter le tableau ci-dessous afin de connaître les documents requis en fonction des catégories de handicap.

Les déficiences	
Catégories de handicap	Documents que le parent doit fournir
Alimentation et digestion	Aucun document
Anomalies du système immunitaire	Liste détaillée de tous les médicaments (incluant la posologie) et de leurs renouvellements des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)
Anomalies du système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Liste détaillée de tous les médicaments (incluant la posologie) et de leurs renouvellements des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Évaluation initiale en neurologie, s'il y a lieu ▪ Évaluation initiale en pédopsychiatrie, s'il y a lieu ▪ Suivi médical des 12 derniers mois
Anomalies métaboliques ou héréditaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les cas de fibrose kystique : liste détaillée de tous les médicaments (incluant la posologie) et de leurs renouvellements des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Suivi médical de la dernière année obtenu d'une clinique spécialisée en fibrose kystique ou en pneumologie et copies des documents relatifs aux visites à l'urgence ou feuilles sommaires d'hospitalisation, s'il y a lieu
Appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation récente en ergothérapie si votre enfant a été évalué ▪ Évaluation récente en physiothérapie si votre enfant a été évalué
Audition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'évaluation des 12 derniers mois en audiologie, incluant l'audiogramme et l'anamnèse ▪ Rapport d'évaluation en orthophonie si votre enfant a été évalué ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant
Fonction cardiovasculaire	Aucun document
Fonction rénale et urinaire	Aucun document
Fonction respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste détaillée de tous les médicaments (incluant la posologie) et de leurs renouvellements des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Suivi médical de la dernière année pour le problème respiratoire, y compris les consultations en pneumologie, les visites à l'urgence et les feuilles sommaires d'hospitalisation, s'il y a lieu

Les déficiences (suite)

Catégories de handicap	Documents que le parent doit fournir
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Aucun document
Néoplasies	Aucun document
Vision	Aucun document

Les troubles du développement

Catégories de handicap	Documents que le parent doit fournir
Déficience intellectuelle (retard mental)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Dernière évaluation intellectuelle et des comportements adaptatifs
Retard psychomoteur	En fonction des spécialistes rencontrés, la dernière évaluation en ergothérapie, en neuropsychologie, en orthophonie, en physiothérapie et en psychologie
Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Liste détaillée de tous les médicaments (incluant la posologie) et de leurs renouvellements des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Dernière évaluation en neuropsychologie, en pédopsychiatrie, en psychoéducation ou en psychologie, si l'enfant a été évalué ▪ Dernière évaluation médicale et copie des notes d'évolution des 12 derniers mois
Troubles du langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Évaluation récente et complète en orthophonie, incluant l'anamnèse ▪ Notes sur l'évolution de votre enfant, s'il y a lieu
Trouble du spectre de l'autisme (TSA) (troubles envahissants du développement)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Rapport d'évaluation complet ayant mené au diagnostic de TSA ▪ Si disponible, dernière évaluation en ergothérapie, en neuropsychologie, en orthophonie, en pédopsychiatrie, en physiothérapie et en psychologie
Troubles relevant de la psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan éducationnel de la page 7 à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Liste détaillée de tous les médicaments (incluant la posologie) et de leurs renouvellements des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Dernière évaluation en neuropsychologie, en pédopsychiatrie ou en psychologie, si l'enfant a été évalué ▪ Dernière évaluation médicale et copie des notes d'évolution des 12 derniers mois

Écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

--	--	--

1.1 Renseignements sur l'identité du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

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

1.2 Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance
	Votre enfant réside : <input type="checkbox"/> avec sa famille <input type="checkbox"/> en centre jeunesse <input type="checkbox"/> en famille d'accueil		
Autre, précisez : _____			
Indiquez le nom et le numéro de téléphone du travailleur social responsable du dossier de votre enfant. <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas			
Nom		Téléphone	
		ind. rég. Poste	

1.3 Renseignements sur les difficultés de votre enfant

1.3.1 Description des limitations vécues par votre enfant

Décrivez les difficultés vécues par votre enfant pour accomplir les activités de la vie quotidienne, selon son âge, telles que se nourrir, se déplacer, s'habiller, communiquer et apprendre.

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

1.3.2 Évaluations et suivis réguliers de votre enfant

Veillez inscrire le nom du spécialiste consulté et sa spécialité (neurologie, cardiologie, psychologie, orthophonie ou autre) ainsi que la date de début de l'évaluation et la fréquence des suivis actuels.

Nom du spécialiste	Sa spécialité	Depuis		Fréquence actuelle
		année	mois	

Est-ce que votre enfant est en attente d'autres suivis ou évaluations? Oui Non

Si oui, précisez les suivis ou les évaluations à venir (nom du spécialiste, sa spécialité et la date prévue du suivi ou de l'évaluation, si elle est connue).

1.3.3 Hospitalisation

Votre enfant a-t-il été hospitalisé durant plus de 24 heures au cours des 12 derniers mois en raison du problème de santé pour lequel vous demandez le supplément pour enfant handicapé? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le début de l'hospitalisation et sa durée approximative :

1 ^{re} hospitalisation		
Date de début		Durée
année	mois	jours

2 ^e hospitalisation		
Date de début		Durée
année	mois	jours

3 ^e hospitalisation		
Date de début		Durée
année	mois	jours

1.4 Votre signature

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Signature _____ Date | | | | |
année mois jour

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tuteur Autre, précisez : _____

IMPORTANT

Afin de ne pas retarder le traitement de votre demande, assurez-vous :

- d'inscrire le nom de votre enfant à la **section 1.1** et de **signer** le consentement à la **section 1.2** de la **Partie du professionnel**;
- de remettre la **Partie du professionnel** au spécialiste qui a évalué la condition de votre enfant. Il la remplira et nous la fera parvenir;
- de nous transmettre, le plus rapidement possible, la **Partie du parent** et, selon le handicap de votre enfant, **tous les documents demandés** dans le tableau des pages 3 et 4, car un paiement rétroactif pourrait s'appliquer.

Note : Le supplément peut être versé rétroactivement pour les mois qui précèdent le mois de réception de votre demande si, pendant cette période, la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité. Ce paiement rétroactif peut couvrir une période **maximale** de 11 mois.

N'oubliez pas d'inscrire votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents envoyés.

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants ▶

1.1 Renseignements sur l'identité de votre enfant

Nom de famille		Prénom		Date de naissance année mois jour		
L'enfant fréquente <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Garderie <input type="checkbox"/> École		Depuis année mois		Pendant (jours/sem.)		
Nom de l'établissement		Nom de l'éducateur en garderie/enseignant		Téléphone de l'établissement ind. rég.		
Langues parlées dans ce milieu (Si plus d'une langue est parlée, veuillez indiquer le pourcentage de ces langues parlées au quotidien.) (%) (%) (%)						

1.2 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les intervenants impliqués auprès de mon enfant transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date année mois jour

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tuteur

Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut donner son consentement.

SECTION 2 Doit être remplie par l'éducateur en garderie ou l'enseignant

2.1 Services adaptés offerts à l'enfant (ex. : psychologie, éducation spécialisée, orthophonie, psychoéducation, orthopédagogie, etc.)

Service	Fréquence (ex. : h/sem.)	Ratio enfant/intervenant	Date de la dernière évaluation

Veuillez joindre le **bulletin scolaire** et le **plan d'intervention** le plus récent.

2.2 Acquis scolaires de l'enfant, si d'âge scolaire (Cette section doit être remplie par l'enseignant ou l'orthopédagogue)

Classe régulière Classe spécialisée _____
Précisez le type de classe spécialisée

Ratio élèves/enseignant (ex. : 8 élèves/1 enseignant)

Remplissez le tableau en utilisant les lettres correspondant au niveau. **D** : Début du niveau **M** : Milieu du niveau **F** : Fin du niveau

	Préscolaire	1 ^{er} cycle du primaire		2 ^e cycle du primaire		3 ^e cycle du primaire		Secondaire Précisez le niveau.
		1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	
Lecture								
Mathématiques								

Veuillez joindre le **bulletin scolaire** et le **plan d'intervention** le plus récent.

Demande de supplément pour enfant handicapé

Soutien aux enfants

Un enfant a droit au supplément pour enfant handicapé s'il a une **déficience** ou un **trouble du développement** qui le limite **de façon importante** dans ses activités de la vie quotidienne pendant une période prévisible **d'au moins un an**. Le diagnostic posé par un professionnel de la santé ne donne pas nécessairement droit au supplément. La condition de l'enfant doit correspondre aux critères d'admissibilité définis dans la *Loi sur les impôts* et son règlement.

Pour connaître les **critères d'admissibilité** au supplément pour enfant handicapé, vous pouvez visiter notre site Web au www.retraitequebec.gouv.qc.ca, ou communiquer avec nous (coordonnées à la page 8).

Notez que :

- l'anomalie qui cause la **déficience** doit être confirmée par des signes objectifs à l'examen physique, par des tests biologiques ou par l'imagerie médicale;
- pour les **troubles du développement**, des critères d'admissibilité centrés sur l'importance de l'écart à la moyenne selon l'âge s'appliquent.
- les résultats d'évaluation et de tests normalisés situant l'enfant par rapport à ses pairs sont exigés pour appuyer le diagnostic et doivent être fournis à l'appui de la demande. Les résultats doivent être rapportés en mesures relatives (centiles, écarts types, quotient) et non en données brutes. L'intervalle de confiance doit être mentionné.
- le diagnostic doit être **attesté par un membre d'un ordre professionnel** dans un rapport qui décrit les capacités et les limitations de l'enfant, les mesures de soutien requises, le traitement mis en place et les recommandations appropriées.

Documents que le professionnel doit fournir

Pour certaines catégories de handicap, des documents sont requis, en plus de la demande. Si vous ne pouvez pas nous envoyer les rapports des évaluations qui ont été faites, veuillez en aviser les parents afin qu'ils fassent les démarches pour les obtenir.

Les déficiences	
Catégories de handicap	Documents que le professionnel doit fournir
Alimentation et digestion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi médical des 12 derniers mois ▪ Maladie cœliaque : joindre le rapport sur la biopsie et les tests de laboratoire
Anomalies du système immunitaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les tests d'allergie faits depuis deux ans, ainsi que leurs interprétations et notes de suivi ▪ Tests de laboratoire récents ▪ Suivi médical des 12 derniers mois en immuno-allergie ou en rhumatologie
Anomalies du système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation initiale en neurologie, s'il y a lieu ▪ Évaluation initiale en neuropsychologie, s'il y a lieu ▪ Évaluation initiale en pédopsychiatrie, s'il y a lieu ▪ Suivi médical des 12 derniers mois

Les déficiences (suite)


Catégories de handicap	Documents que le professionnel doit fournir
Anomalies métaboliques ou héréditaires	Aucun document
Appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation en ergothérapie ▪ Évaluation en physiothérapie ▪ Évaluation en neuropsychologie ou en psychologie, s'il y a lieu ▪ Dans les cas d'arthrite : copie des notes d'évolution médicale des 12 derniers mois
Audition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'évaluation des 12 derniers mois en audiologie, incluant l'audiogramme et l'anamnèse ▪ Rapport d'évaluation en orthophonie, s'il y a lieu
Fonction cardiovasculaire	Aucun document
Fonction rénale et urinaire	Aucun document
Fonction respiratoire	Suivi médical de la dernière année pour le problème respiratoire, y compris les consultations en pneumologie, les visites à l'urgence et les feuilles sommaires d'hospitalisation
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Rapport et résultat de l'examen du caryotype
Néoplasies	Aucun document
Vision	Aucun document

Les troubles du développement

Catégories de handicap	Documents que le professionnel doit fournir
Déficience intellectuelle (retard mental)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dernière évaluation intellectuelle, y compris les résultats des tests de QI et leur interprétation ▪ Évaluation des comportements adaptatifs
Retard psychomoteur	En fonction des spécialistes rencontrés, la dernière évaluation en ergothérapie, en neuropsychologie, en orthophonie, en physiothérapie et en psychologie
Troubles du comportement	Dernière évaluation médicale et copie des notes d'évolution des 12 derniers mois
Troubles du langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation récente et complète en orthophonie, incluant l'anamnèse ▪ Notes sur l'évolution de l'enfant, s'il y a lieu
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation complet ayant mené au diagnostic de TSA ▪ Si disponible, dernière évaluation en ergothérapie, en neuropsychologie, en orthophonie, en pédopsychiatrie, en physiothérapie et en psychologie
Troubles relevant de la psychopathologie	Dernière évaluation médicale et copie des notes d'évolution des 12 derniers mois

Si vous ne pouvez pas nous envoyer les rapports des évaluations qui ont été faites, veuillez en aviser les parents afin qu'ils fassent les démarches pour les obtenir.

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants 

1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour
----------------	--------	--

1.2 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tuteur

Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut donner son consentement.

SECTION 2 Doit être remplie par le professionnel

2.1 Diagnostics (à remplir dans tous les cas)

Diagnostic	Date du diagnostic			Date du début de l'investigation		
	année	mois	jour	année	mois	jour

Date de la dernière visite pour services professionnels d'évaluation, de suivi ou de thérapie

Fréquence des visites : _____

Éléments objectifs				
Poids	Taille	Mesurés en date du	Prématurité	Âge de gestation
		année mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	semaines

Signes pertinents observés :
 ■ Veuillez décrire la déficience, la malformation ou l'anomalie.
 ■ Syndrome de Gilles de la Tourette : veuillez décrire les tics.
 ■ Néoplasie : veuillez décrire la nature et le stade de la lésion.

Épilepsie : Veuillez décrire le type de crise (ex. : crise tonico-clonique, crise partielle, absence) : _____

Fréquence des crises : _____ Date de la dernière crise

Tests biologiques ou imagerie médicale confirmant le diagnostic : _____

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.2 Traitements et recommandations (à remplir dans tous les cas)

Oui Non

L'enfant est suivi ou traité régulièrement par des spécialistes médicaux ou paramédicaux (neurologie, cardiologie, psychologie, orthophonie ou autre).

Spécialité	Depuis		Fréquence actuelle	Durée prévisible
	année	mois		

L'enfant a subi ou doit subir des interventions chirurgicales.

	Déjà faites		Prévues (date ou âge)
	année	mois	

L'enfant prend une médication régulière.

Depuis	Nom du médicament et dose totale quotidienne	Continue	Discontinue	Mois/année
année				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'enfant a eu des hospitalisations ou des décompensations sévères durant la dernière année.

	Date		Durée
	année	mois	

L'enfant reçoit une oxygénothérapie quotidienne à domicile.

Il reçoit une radiothérapie ou une chimiothérapie. Si oui, depuis _____

Il a besoin d'accessoires adaptés ou d'une aide exceptionnelle pour boire, s'alimenter, s'habiller ou effectuer ses soins d'hygiène. Précisez : _____

2.3 Renseignements complémentaires

2.3.1 Pré maturité

Ne s'applique pas

Âge de gestation _____ sem. Poids à la naissance _____ kg Durée de l'hospitalisation initiale _____ sem.

Complications relatives à la prématurité :

Pulmonaire : Membranes hyalines Pneumothorax Hémorragie pulmonaire Dysplasie BP

Cardiaque : Canal artériel Autres. Précisez : _____

Digestive : HAIV Gavages, durée prévue : _____ Entérocolite nécrosante Retard de croissance

Neurologique : HIV, grade : _____ Leucomalacie DMC

Ophtalmologique : Rétinopathie, grade : _____

Débalancement métabolique : _____

Retard global de développement. Indiquez le quotient de développement (échelle de Griffiths ou autre) : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations : _____

Assurez-vous d'avoir rempli les sections 2.1 et 2.2 du formulaire.

2.3.2 Déficience visuelle

Aucune

Acuité mesurée aux deux yeux simultanément, après correction : _____ Date de l'examen _____
année mois jour

Méthode : Fixation Allen Snellen Autre : _____

Évaluation incertaine. Enfant à réévaluer à l'âge de _____

Potentiels évoqués visuels : _____ Électrorétinogramme : _____

Champ de vision des deux yeux mesuré alors que le sujet fixe un point central :

Normal Non évalué Mesure _____ degrés dans son plus grand diamètre

Oui Non

L'enfant porte des lentilles cornéennes en raison d'une aphakie bilatérale. Si oui, depuis _____
mois

Il a une occlusion _____ h/jour Durée prévue _____ mois Acuité visuelle corrigée de l'œil non occlus : _____

Il utilise des moyens adaptés pour étudier : Manuels spécialisés Documents audio Appareils grossissants
 Braille Autres. Précisez : _____

Il a besoin d'aide pour ses déplacements. Précisez : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations (ex. : services spécialisés) : _____

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.3.3 Déficience auditive

Aucune

Veillez joindre les rapports d'évaluation en audiologie des 12 derniers mois, incluant l'audiogramme et l'anamnèse.

Si l'évaluation de l'audition est faite autrement que par audiométrie tonale, les renseignements qui permettent d'apprécier la fiabilité de la méthode doivent être fournis.

Première évaluation faite le _____
année mois jour par audiométrie tonale
 une autre méthode. Précisez : _____

Oui Non

L'enfant a un implant cochléaire. Chirurgie à l'âge de _____ ans.

Malgré le port d'aides auditives, il présente un retard de langage oral très important. **Veillez joindre une copie du rapport en orthophonie incluant l'anamnèse.**

Il porte ses aides auditives. Si non, indiquez pourquoi : _____

Il communique principalement à l'aide du langage gestuel.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations et qui ne sont pas spécifiés dans le rapport orthophonique ou audiologique : _____

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

Assurez-vous d'avoir rempli les sections 2.1 et 2.2 du formulaire.

2.3.4 Limitations motrices (appareillage et transport adapté) Aucune**Oui Non**

- L'enfant doit utiliser un fauteuil roulant.
- Il porte une ou des orthèses, du type suivant : _____ le jour la nuit
- Il a besoin d'une aide technique pour le positionnement, les déplacements ou la réalisation des activités de la vie quotidienne. Précisez : _____
- Il a une atteinte à un membre supérieur qui entraîne une préhension inefficace d'une main ou empêche les activités de la vie quotidienne bimanuelles.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations : _____

2.3.5 Limitations cardiorespiratoires Aucune**Oui Non**

- L'enfant a des signes ou symptômes qui limitent les activités quotidiennes habituelles à cet âge :
 au repos à la marche en montant un escalier à la course
- Il a des restrictions médicalement prescrites à éviter :
 toute activité sportive les sports de compétition les sports de contact
 les autres activités suivantes : _____
- Il a un syndrome restrictif, et sa capacité vitale est inférieure à 50 %, soit _____ %.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations (ex. : effets secondaires des médicaments) : _____

2.3.6 Limitations pour l'alimentation et l'excrétion Aucune**Oui Non**

- | | | Depuis | Durée prévisible |
|--------------------------|--------------------------|--------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
- Il doit suivre une diète comportant des restrictions majeures. Si ces restrictions résultent d'allergies, fournissez les résultats des tests et décrivez les manifestations allergiques pour chacun des aliments en cause : _____
- Bien qu'il ait une allergie aux œufs, il les tolère comme ingrédients dans les mélanges cuits (ex. : gâteaux, biscuits, muffins).

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations (ex. : effets secondaires des médicaments) : _____

2.3.7 Retard psychomoteur ou cognitif **Aucun****Oui Non** L'enfant présente un retard psychomoteur ou cognitif.

Si oui, veuillez joindre les documents demandés à la page 2 de ce formulaire.

2.3.8 Troubles du langage **Aucun****Oui Non** L'enfant vit dans un contexte multilingue.

Si oui, spécifiez les langues parlées et leur pourcentage :

à la maison : _____ (_____ %) _____ (_____ %)

à la garderie : _____ (_____ %) _____ (_____ %)

à l'école : _____ (_____ %) _____ (_____ %)

pour l'évaluation orthophonique : _____

 L'enfant a trois ans et plus, et son langage oral est absent ou très rudimentaire. La compréhension du langage oral par l'enfant est très limitée. Il a un trouble du langage oral évalué en orthophonie.Si oui, **veuillez joindre le rapport complet de l'évaluation du langage de l'enfant**, incluant l'anamnèse, les résultats aux tests formels normalisés et leur interprétation. Les résultats doivent être accompagnés d'une analyse qualitative représentant les habiletés langagières de l'enfant dans sa langue d'usage et dans ses milieux de vie.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations de l'enfant :

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.**2.3.9 Troubles du comportement, trouble du spectre de l'autisme et troubles relevant de la psychopathologie** **Aucun****Oui Non** L'enfant a fréquemment des comportements hostiles ou violents envers les autres. Il y a présence de stresseurs environnementaux ou familiaux qui ont actuellement une influence néfaste sur le fonctionnement global de l'enfant.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations (conséquences sur les activités de la vie quotidienne et les apprentissages) :

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.4 Signature du professionnel

Nom de famille	Prénom	Profession
Adresse (numéro, rue, appartement)		Numéro de permis
Ville	Province	Code postal
Téléphone <small>ind. rég.</small>	Autre <small>ind. rég.</small>	Poste
Signature _____		Date <small>année mois jour</small>

Important

Vous devez :

- nous faire parvenir la **Partie du professionnel**, le plus rapidement possible, dans l'enveloppe-réponse ci-jointe ou encore à :
Retraite Québec
Case postale 7777
Québec (Québec) G1K 7T4
- **joindre tous les documents demandés** (rapports, évaluations, résultats de tests et notes de suivi). Afin de vous assurer d'avoir joint tous les documents utiles, veuillez vous référer au tableau *Documents que le professionnel doit fournir* aux pages 1 et 2 du présent formulaire.

Pour plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé :

Par Internet

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec : 418 643-3381
Région de Montréal : 514 864-3873
Ailleurs au Québec : 1 800 667-9625

Assurez-vous d'avoir rempli les sections 2.1 et 2.2 du formulaire.