

# Partie du parent<sup>1</sup>

## Soutien aux enfants Demande de supplément pour enfant handicapé

Le supplément pour enfant handicapé a pour but d'aider les familles à assumer la garde, les soins et l'éducation d'un enfant dont le handicap est important.

### Vous pouvez avoir droit à ce supplément si :

Votre enfant a un handicap **physique ou mental** 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 communiquer, apprendre, se déplacer, se nourrir et s'habiller.

L'équipe médicale de la Régie des rentes du Québec évalue l'importance du handicap selon les critères contenus dans les dispositions du *Règlement sur les impôts* relatives au supplément pour enfant handicapé.

### Pour connaître ces critères, vous pouvez :

- consulter le Règlement sur notre site Web à l'adresse [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca);
- nous téléphoner (consulter nos coordonnées à la page suivante).

Si la situation de l'enfant ne correspond pas aux cas décrits dans le Règlement, l'importance du handicap est évaluée selon les critères suivants :

- les **incapacités** que votre enfant éprouve malgré l'utilisation des moyens disponibles pour faciliter sa vie;
- les **obstacles** que votre enfant rencontre dans son milieu;
- les **contraintes** que vit son entourage.

### Que devez-vous faire avec les documents suivants?

#### Partie du parent

- Veuillez remplir, signer et retourner la **Partie du parent**.
- N'oubliez pas de fournir tous les documents demandés au tableau **Documents que le parent doit fournir** aux **pages 3 et 4**.

Si vous avez de la difficulté à reconnaître le handicap de votre enfant dans ce tableau, demandez l'aide du professionnel qui soigne votre enfant ou téléphonez-nous.

#### Partie du professionnel

- 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**.
- Remettez cette partie au professionnel. Il la remplira et nous la fera parvenir.

Le professionnel qui peut remplir cette partie est le médecin, physiothérapeute, psychologue ou autre qui a évalué ou soigné votre enfant et **qui connaît le mieux sa condition**.

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

[www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca)



### Par téléphone

Région de Québec : 418 643-3381

Région de Montréal : 514 864-3873

Sans frais : 1 800 667-9625



### Par téléscripteur

Personnes sourdes ou malentendantes

Sans frais : 1 800 603-3540

## 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.

**Veillez remplir le formulaire et le retourner à :**

**Régie des rentes du Québec**

**Case postale 7777**

**Québec (Québec) G1K 7T4**

# Documents que le parent doit fournir

## IMPORTANT

Les diagnostics mentionnés dans le tableau ne sont que des exemples pour vous aider à déterminer dans quelle catégorie se situe le handicap de votre enfant. Pour que votre enfant soit admissible, sa condition doit respecter les critères d'admissibilité décrits à la page 1 du présent formulaire.

Une photocopie des documents demandés est suffisante.

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous n'avez pas à joindre de document additionnel** à la Partie du parent. Le professionnel nous fera parvenir les documents nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité.

Catégories de handicap	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Alimentation et digestion</b></li><li>▪ <b>Allergies alimentaires</b></li><li>▪ <b>Anomalies métaboliques ou héréditaires</b> Ex. : anémie, diabète insulino-dépendant, fibrose kystique du pancréas, hémophilie</li><li>▪ <b>Audition</b></li><li>▪ <b>Cancer</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Fonctions cardiaque et vasculaire</b></li><li>▪ <b>Fonctions rénale et urinaire</b></li><li>▪ <b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b> Ex. : trisomie, malformations multiples</li><li>▪ <b>Vision</b></li></ul>

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous devez joindre à la Partie du parent les documents énumérés ci-dessous**. Le professionnel nous fera parvenir les autres documents nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité.

Catégories de handicap	Documents additionnels que le parent doit fournir
<b>Anomalies du système immunitaire</b> Ex. : déficience immunitaire, infection à VIH, SIDA	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)</li></ul>
<b>Anomalies du système nerveux</b> Ex. : épilepsie, syndrome de Gilles de la Tourette, traumatisme crânien	<b>Syndrome de Gilles de la Tourette</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Annexe : Bilan scolaire de la <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus</li><li>▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)</li><li>▪ Évaluation initiale en neurologie et en pédopsychiatrie, si votre enfant a été évalué</li><li>▪ Copie du suivi de la dernière année en neurologie et en pédopsychiatrie, si votre enfant est suivi dans ces spécialités</li></ul> <p>Ces deux derniers renseignements peuvent être fournis par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'ils nous seront transmis.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;"><p>Pour toutes les autres anomalies du système nerveux, vous n'avez pas de document à joindre à votre Partie du parent.</p></div>

## Documents que le parent doit fournir (Suite)

Catégories de handicap	Documents additionnels que le parent doit fournir
<p><b>Appareil locomoteur</b></p> <p>Ex. : arthrite, malformation d'un ou de plusieurs membres, paralysie (plexus brachial, diplégie, quadriplégie), hypotonie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation récente en physiothérapie si votre enfant a été évalué</li> <li>▪ Évaluation récente en ergothérapie si votre enfant a été évalué</li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous seront transmises.</p>
<p><b>Fonction respiratoire</b></p> <p>Ex. : asthme sévère</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)</li> <li>▪ Copie du 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</li> </ul>
<p><b>Retard psychomoteur</b></p> <p>Ex. : retard global de développement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation multidisciplinaire qui comprend les rapports des professionnels suivants si votre enfant a été évalué : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ergothérapie</li> <li>▪ orthophonie</li> <li>▪ physiothérapie</li> <li>▪ psychologie</li> </ul> </li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous seront transmises.</p>
<p><b>Déficience intellectuelle</b></p> <p>Ex. : retard mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe : Bilan scolaire de la <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus et qu'il a un retard scolaire</li> </ul>
<p><b>Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs</b></p> <p>Ex. : trouble déficitaire de l'attention, trouble de l'opposition, trouble des conduites, psychose, maladie bipolaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe : Bilan scolaire de la <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus</li> <li>▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)</li> <li>▪ Évaluation récente en psychologie si votre enfant a été évalué</li> <li>▪ Évaluation récente et copie des notes d'évolution des 12 derniers mois en pédopsychiatrie si votre enfant est suivi</li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous seront transmises.</p>
<p><b>Troubles du langage</b></p> <p>Ex. : dysphasie, dyspraxie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe : Bilan scolaire de la <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus et qu'il a un retard scolaire</li> <li>▪ Évaluation récente complète en orthophonie</li> <li>▪ Évaluation intellectuelle récente par un psychologue si votre enfant a été évalué</li> <li>▪ Évaluation récente du comportement adaptatif (ex. : ÉQCA ou Vineland) si le test a été fait</li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous seront transmises.</p>
<p><b>Troubles envahissants du développement</b></p> <p>Ex. : autisme, syndrome d'Asperger</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe : Bilan scolaire de la <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus</li> </ul>



### 1.3.2 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 :

Date		Durée
année	mois	jours

Date		Durée
année	mois	jours

Date		Durée
année	mois	jours

### 1.3.3 Suivi des spécialistes

Veuillez inscrire le nom des spécialistes qui ont évalué ou suivi régulièrement votre enfant au cours des 12 derniers mois et leur spécialité (neurologie, cardiologie, psychologie, orthophonie ou autre).

Nom	Spécialité

### 1.4 Votre signature

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Signature \_\_\_\_\_ Date 

année	mois	jour

Mère  Père  Tuteur  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

### IMPORTANT

Vous devez :

- 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. Il la remplira et nous la fera parvenir;
- 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 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.**

**Bilan scolaire**

**Important :** À remplir seulement si mentionné dans le tableau **Documents que le parent doit fournir** aux pages 3 et 4.

**SECTION 1** À remplir par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent

--	--	--

**1.1 Renseignements sur l'identité de votre enfant**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance année    mois    jour
Nom de l'école	Téléphone de l'école ind. rég.	

**1.2 Consentement à communiquer des renseignements personnels**

Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant communiquent à la Régie des rentes du Québec les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
année    mois    jour

Mère     Père     Tuteur

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

**SECTION 2** À remplir par l'enseignant ou l'orthopédagogue

**2.1 Acquis scolaires de l'enfant**

Classe fréquentée (ex. : régulière, spécialisée, de langage)	Ratio élèves/enseignant (ex. : 8 élèves/1 enseignant)
--	---

Précisez les échelons de compétences atteints par l'enfant.

	Précolaire	1 <sup>er</sup> cycle		2 <sup>e</sup> cycle		3 <sup>e</sup> cycle		Secondaire Précisez le niveau
		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	
Lecture								
Écriture								
Mathématiques								

**2.2 Services adaptés offerts par l'école à l'enfant** (ex. : psychologie, T.E.S., orthophonie, psychoéducation, accompagnement)

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

Un plan d'intervention a-t-il été préparé pour cet élève?     Non     Oui    Si oui, veuillez le joindre à la demande.



**Important** : La section 1 doit être remplie par le **parent**.

# Partie du professionnel

## Soutien aux enfants

### Demande de supplément pour enfant handicapé

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**.

Pour connaître les critères d'admissibilité au supplément pour enfant handicapé, vous pouvez visiter le site Web de la Régie des rentes du Québec à l'adresse [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca), ou communiquer avec nous (voir les 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 standardisés 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 ou âge équivalent) et non en données brutes. L'intervalle de confiance doit être mentionné.

- Le handicap doit être **attesté par un membre d'un ordre professionnel** dans un rapport qui décrit les capacités et incapacités de l'enfant, les mesures de soutien requises, le traitement mis en place et les recommandations appropriées.

### Documents que le professionnel doit fournir

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous n'avez pas de document additionnel à joindre** à la Partie du professionnel.

Catégories de handicap	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Alimentation et digestion</b></li><li>▪ <b>Fonctions cardiaque et vasculaire</b></li><li>▪ <b>Fonctions rénale et urinaire</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Néoplasies</b> <b>Note</b> : N'oubliez pas d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, la nature et le stade de la lésion.</li><li>▪ <b>Vision</b></li></ul>

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous devez joindre à la Partie du professionnel les documents énumérés ci-dessous**.

Si vous ne pouvez 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 additionnels à fournir par le professionnel
<b>Allergies alimentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tests d'allergies récents et leur interprétation <b>Note</b> : N'oubliez pas d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, la description des manifestations allergiques.</li></ul>
<b>Anomalies du système immunitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tests de laboratoire récents</li><li>▪ Suivi médical de la dernière année en immunologie</li></ul>
<b>Anomalies métaboliques ou héréditaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tests de laboratoire confirmant le diagnostic</li></ul>

## Les déficiences (Suite)

Catégories de handicap	Documents additionnels à fournir par le professionnel
<b>Anomalies du système nerveux</b>	<p><b>Syndrome de Gilles de la Tourette</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation initiale en pédopsychiatrie ou en neurologie si disponible</li> <li>▪ Copie des notes d'évolution de la dernière année en pédopsychiatrie ou en neurologie si l'enfant est suivi dans ces spécialités</li> </ul> <p><b>Note</b> : N'oubliez pas, à la section 2.1 du formulaire, de décrire les tics.</p> <p><b>Épilepsie</b></p> <p><b>Note</b> : N'oubliez pas d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, le type et la fréquence des crises ainsi que la date de la dernière crise.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Pour toutes les autres anomalies du système nerveux, vous n'avez pas de document à joindre à votre Partie du professionnel.</p> </div>
<b>Appareil locomoteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation en physiothérapie</li> <li>▪ Évaluation en ergothérapie</li> <li>▪ Dans les cas d'arthrite : copie des notes d'évolution des 12 derniers mois en rhumatologie si l'enfant est suivi dans cette spécialité</li> </ul>
<b>Audition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Audiogramme</li> <li>▪ Évaluation complète en audiologie</li> </ul>
<b>Fonction respiratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tests de fonction respiratoire récents, si disponibles</li> <li>▪ Copie du 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</li> </ul>
<b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résultat de l'examen du caryotype</li> </ul>

## Les troubles du développement

Catégories de handicap	Documents additionnels à fournir par le professionnel
<b>Déficience intellectuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dernière évaluation intellectuelle, y compris les résultats des tests de QI et leur interprétation</li> <li>▪ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : ÉQCA ou Vineland) si disponible</li> </ul>
<b>Retard psychomoteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation multidisciplinaire comprenant notamment, si disponibles, les rapports en : <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">▪ ergothérapie</li> <li style="width: 50%;">▪ orthophonie</li> <li style="width: 50%;">▪ physiothérapie</li> <li style="width: 50%;">▪ psychologie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation en psychologie si disponible</li> <li>▪ Évaluation et suivi des 12 derniers mois en pédopsychiatrie si disponibles</li> </ul>
<b>Troubles du langage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation complète et récente en orthophonie</li> <li>▪ Évaluation intellectuelle récente si disponible</li> <li>▪ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : ÉQCA ou Vineland) si disponible</li> </ul>
<b>Troubles envahissants du développement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation complète en pédopsychiatrie ou évaluation multidisciplinaire</li> <li>▪ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : ÉQCA ou Vineland)</li> </ul>

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

## Partie du professionnel

**SECTION 1** À remplir par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent      

### 1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance <small>année      mois      jour</small> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>
----------------	--------	--

### 1.2 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant communiquent à la Régie des rentes du Québec les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date année      mois      jour

Mère       Père       Tuteur

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

**SECTION 2** À remplir par le professionnel

### 2.1 Diagnostics (à remplir pour tous les handicaps)

Diagnostics	Date du diagnostic	Date du début de l'investigation
	<small>année      mois      jour</small>	<small>année      mois      jour</small>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>

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

Fréquence des visites : \_\_\_\_\_

Éléments objectifs				
Poids	Taille	Mesurés en date du <small>année      mois</small> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>	Prématurité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Âge de gestation <small>semaines</small> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div>

Signes pertinents observés : 

- Veuillez décrire la déficience, la malformation ou l'anomalie.
- Veuillez décrire les crises (épilepsie, allergie, asthme, etc.) et noter leur fréquence et la date de la dernière crise.
- Veuillez décrire les tics (Syndrome de Gilles de la Tourette).      ▪ Néoplasie : nature et stade de la lésion.

---



---



---



---

**Note :** Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

Tests biologiques ou imagerie médicale confirmant le diagnostic : \_\_\_\_\_

L'enfant présente un retard dans l'acquisition des concepts préscolaires ou des connaissances scolaires.       Oui       Non

## 2.2 Traitements et recommandations (à remplir pour tous les handicaps)

Oui	Non					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est suivi ou traité régulièrement par des spécialistes médicaux ou paramédicaux.				
		Spécialité	Depuis année    mois	Fréquence	Durée prévisible	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a subi ou doit subir des interventions chirurgicales.		Déjà faites année    mois	Prévues (date ou âge)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant prend une médication régulière.				
		Depuis année    mois	Nom du médicament et dose totale quotidienne	Continue	Discontinue	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<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	jours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant reçoit une oxygénothérapie quotidienne à domicile.				
		année    mois				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il reçoit une radiothérapie ou une chimiothérapie. Si oui, depuis				
		année    mois				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il a besoin d'accessoires adaptés ou d'une aide exceptionnelle pour boire, s'alimenter, s'habiller ou effectuer ses soins d'hygiène. Précisez : _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il a besoin d'un accompagnateur pour fréquenter la garderie ou l'école. Décrivez le type d'accompagnement et le rôle de l'accompagnateur, et précisez le nombre d'heures par semaine : _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il fréquente un centre de jour psychiatrique, une école adaptée ou une classe adaptée. Précisez : _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'état de l'enfant peut s'améliorer. Si oui, la Régie devrait le réévaluer vers				
		année    mois				
		ou à l'âge de				

## 2.3 Renseignements complémentaires

### 2.3.1 Prématurité

 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 : \_\_\_\_\_

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 du handicap : \_\_\_\_\_

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, 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 année mois

Il a une occlusion \_\_\_\_\_ h/jour Durée prévue \_\_\_\_\_ Acuité visuelle corrigée de l'oeil 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. Décrivez : \_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (ex. : services spécialisés) : \_\_\_\_\_

**Note** : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

### 2.3.3 Déficience auditive

Aucune

**Veillez joindre un audiogramme récent à la demande.**

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 \_\_\_\_\_ par  audiométrie tonale  
année mois jour  une autre méthode. Précisez : \_\_\_\_\_

Oui Non

L'enfant a un implant cochléaire. Chirurgie à l'âge de \_\_\_\_\_

Malgré un appareillage approprié, il présente un retard de langage très important. Veuillez joindre une copie du rapport en orthophonie.

Il fréquente une école ou une classe spécialisée pour les sourds ou est intégré dans une classe régulière avec des mesures de soutien. Précisez quelle mesure (interprète, éducateur spécialisé, preneur de notes, autre) : \_\_\_\_\_

Il porte ses prothèses auditives. Si non, indiquez pourquoi : \_\_\_\_\_

Le langage gestuel est nécessaire à l'enfant pour suppléer au langage oral.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap : \_\_\_\_\_

**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, type : \_\_\_\_\_  le jour  la nuit
- Il a des limitations motrices qui l'empêchent de marcher jusqu'à l'école ou jusqu'à l'arrêt d'autobus.
- Il a besoin d'assistance ou de rampes pour utiliser les escaliers selon son âge.
- Il a besoin d'une aide technique pour le positionnement, les déplacements ou la réalisation des activités de la vie quotidienne. Décrivez : \_\_\_\_\_
- Il a besoin d'un transport adapté ou de modifications architecturales du domicile ou du milieu éducatif.
- 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 du handicap : \_\_\_\_\_

---



---



---

**2.3.5 Limitations cardio-respiratoires** 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 %. \_\_\_\_\_ C.V. %.
- Il y a présence d'irritants respiratoires évitables dans son environnement.  Je l'ignore.  
 Si oui, précisez (tabac, animaux, etc.) : \_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (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"/> | L'enfant est alimenté par un tube de gavage.   | _____  | _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il a une stomie, type : _____  | _____  | _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il requiert l'usage quotidien d'un cathéter vésical.   | _____  | _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il a une insuffisance rénale chronique et subit une dialyse.   | _____  | _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il a une incontinence diurne (anormale pour l'âge) <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/> urinaire qui requiert des soins quotidiens.<br>Si oui, décrivez les soins ou les fournitures nécessaires : _____ |        |                  |

- 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 oeufs, il les tolère comme ingrédients dans les mélanges cuits (ex. : gâteaux, biscuits, muffins).

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (effets secondaires des médicaments ou autres) : \_\_\_\_\_

---



---



---

### 2.3.7 Retard psychomoteur ou cognitif

Aucun

Oui Non

- L'enfant a moins de 5 ans et présente un retard de développement qui correspond à moins de la moitié de l'âge chronologique. Quotient de développement : \_\_\_\_\_  
L'enfant :  rampe  marche  mange seul  a acquis la continence diurne  
Langage parlé :  aucun  quelques mots  exprime ses besoins
- L'enfant a une déficience intellectuelle. Si oui, **veuillez nous envoyer les résultats des tests de QI** (en mesures relatives) et leur interprétation quant au fonctionnement scolaire et social, ainsi que les résultats, si disponibles, de l'évaluation des **comportements adaptatifs** selon une échelle reconnue (ex. : ÉQCA ou Vineland).
- L'enfant a des difficultés suffisantes pour compromettre son autonomie dans les domaines suivants :  
 la motricité globale  le langage expressif  les interactions sociales  
 la motricité fine  le langage réceptif  autre. Précisez : \_\_\_\_\_
- L'enfant présente un retard dans l'acquisition des concepts préscolaires ou des connaissances scolaires.

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

---

---

---

---

---

**Note :** Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

### 2.3.8 Troubles du langage

Aucun

Oui Non

- L'enfant vit dans un contexte multilingue.
- Langues parlées : dans son milieu familial : \_\_\_\_\_ dans le voisinage : \_\_\_\_\_  
pour la scolarisation : \_\_\_\_\_ pour l'évaluation orthophonique : \_\_\_\_\_
- L'enfant est presque toujours incapable de se faire comprendre (en tenant compte de la forme, du contenu et de l'utilisation, de même que des observations recueillies en contexte d'échange) :  
 par sa famille  par ses pairs  par un adulte non familial
- Le langage oral de l'enfant peut être évalué de façon formelle.

**Si la réponse est négative, précisez la raison et joignez un rapport descriptif :**

- Mutisme, langage parlé absent ou très rudimentaire  
 Utilisation d'un langage signé, de pictogrammes ou d'autres moyens de suppléance à la communication orale  
 Compréhension du langage très limitée et contextuelle  
 Autre (ex. : collaboration) : \_\_\_\_\_

**Si oui, veuillez nous envoyer le rapport complet d'évaluation des aspects réceptifs et expressifs du langage de l'enfant**, y compris les résultats aux tests standardisés en mesures relatives (centiles, écarts types ou âge équivalent), et non en données brutes. L'intervalle de confiance doit être mentionné. L'interprétation des résultats doit tenir compte de l'attitude de l'enfant et de son rendement lors de la passation des tests, ainsi que des répercussions sur son fonctionnement scolaire et social.

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

---

---

---

---

---

**Note :** Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

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

### 2.3.9 Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs

 Aucun

Oui Non

- L'enfant a des intérêts restreints et stéréotypés, des rituels inflexibles.
- Il a un contact visuel pauvre, une réciprocité émotionnelle absente ou restreinte.
- Il participe à des jeux avec d'autres enfants.
- Il a un faible jugement social ou des réactions et des comportements inappropriés pour son âge, selon les règles sociales explicites ou tacites de son milieu culturel.
- Il a fréquemment des comportements hostiles ou violents envers les autres.
- Il peut jouer dans la maison, la cour ou le voisinage avec une supervision adaptée à son âge.
- Il y a présence de stressseurs environnementaux ou familiaux qui ont actuellement une influence négative sur le fonctionnement global de l'enfant.

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

---

---

---

---

---

**Note :** Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

### 2.4 Signature

Nom de famille		Prénom		Profession	
Adresse (numéro, rue, appartement)				Numéro de licence	
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 ci-jointe ou à l'adresse ci-dessous;
- **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 :

Régie des rentes du Québec  
Case postale 7777  
Québec (Québec) G1K 7T4

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

Internet : [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca)

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