



À compléter seulement si l'enfant reçoit ou a déjà reçu des services.

HISTORIQUE DE VIE EN MILIEU ÉDUCATIF À LA PETITE ENFANCE

Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____
Parent 1 : _____
Parent 2 : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

| ANNÉE | MILIEU DE VIE ET NOM DE L'ÉDUCATRICE(TEUR) | SERVICES OFFERTS | | | | | | | | | P.I. | P.S.I. |
|-------|--|--------------------|------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------|-----|--------------------------------|---------|--------|---------------------------|---------------------------------------|
| | | S = SUIVI | | | E = ÉVALUATION | | | | | | | |
| | | ORTHO- PHONISTE | PSYCHO- LOGUE | PHYSIO- THÉRAPEUTE | ERGO- THÉRAPEUTE | PSYCHO- ÉDUCATEUR(TRI CE) | TES | ACCOM- PAGNATEUR(T RICE) | MÉDECIN | AUTRES | PLAN INTER- VENTION | PLAN SERVICE INDIVI- DUALISÉ |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Noms des partenaires au dossier et coordonnées si disponibles

Orthophoniste : _____

Psychologue : _____

Physiothérapeute : _____

Ergothérapeute : _____

Psychoéducateur(trice) : _____

TES : _____

Accompagnateur(trice) : _____

Médecin : _____

Autres : _____