



200, De Salaberry
Joliette (QC) J6E 4G1
Téléphone : 450-759-9788
Courriel : autisme.lanaudiere@cepap.ca

Date : _____ Ville /Municipalité : _____

Ce formulaire est rempli par

Une personne ayant un TSA/TED	
Un parent	
Un membre de la fratrie	
Un membre de la famille élargie	
Un professionnel (SVP, mentionnez de quel milieu)	
Une personne intéressée à la cause	

Âge de la personne ayant un TSA/TED: _____

Diagnostic : _____

Diagnostic associé : _____

À quel moment le diagnostic a-t-il été posé ? _____

Où le diagnostic a-t-il été émis? _____

Quel a été le cheminement pour consulter ?

Services

Recevez-vous des services des instances suivantes ?

Si oui, veuillez détailler les informations suivantes : offert par qui, quels types de services reçus et les délais d'attente s'il y a lieu.

Sinon, veuillez expliquer les raisons (choix personnels, inaccessibles, difficulté de transport, coûts, etc.)

	OUI	NON	DÉTAILS
Centre de santé et des services sociaux de Lanaudière			
Centre de réadaptation La Myriade			
Milieu scolaire			
Services de professionnels			
Services de Répit			

Est-ce que les services offerts dans la région correspondent à vos besoins ?

SVP, mentionnez pourquoi.

Aides financières

Recevez-vous de l'aide financière des programmes suivants :

	OUI	NON	DÉTAILS
Gouvernement provincial			
Gouvernement fédéral			
Programme soutien à la famille (offert par CSSS)			
Autres programmes (SVP, précisez)			

Dans quel milieu souhaiteriez-vous le plus obtenir du soutien et quel type de soutien ?
(À la maison, la garderie, l'école, au service de garde, en communauté...)

Quels sont vos souhaits ou vos préoccupations pour l'avenir ?

Autres commentaires :
