



**AQEPA**

Association du Québec  
pour enfants  
avec problèmes auditifs



# MON ENFANT ET SES BESOINS

fiche pratique

## MON ENFANT

Prénom et nom

---

Date de naissance

Sexe  Fille  Garçon

Adresse principale

---

Adresse secondaire

---

Mère

Courriel

Numéro de téléphone

Père

Courriel

Numéro de téléphone

Langue(s) parlée(s) à la maison

---

# SA SURDITÉ ET SA SANTÉ

	OREILLE GAUCHE	OREILLE DROITE
<b>DEGRÉ DE SURDITÉ</b>		
	<input type="radio"/> Léger	<input type="radio"/> Léger
	<input type="radio"/> Modéré	<input type="radio"/> Modéré
	<input type="radio"/> Modérément sévère	<input type="radio"/> Modérément sévère
	<input type="radio"/> Sévère	<input type="radio"/> Sévère
	<input type="radio"/> Profond	<input type="radio"/> Profond

<b>AIDE TECHNIQUE</b>		
	<input type="radio"/> Prothèse auditive	<input type="radio"/> Prothèse auditive
	<input type="radio"/> Appareil auditif à ancrage osseux (BAHA)	<input type="radio"/> Appareil auditif à ancrage osseux (BAHA)
	<input type="radio"/> Implant cochléaire	<input type="radio"/> Implant cochléaire
	<input type="radio"/> Autre :	<input type="radio"/> Autre :
	<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Aucune

## Mode(s) de communication

AU RÉCEPTIF (utilisé pour communiquer avec mon enfant) :

Oral     LSQ     ASL     LPC     Pidgin     Français signé

À L'EXPRESSIF (que mon enfant utilise pour communiquer) :

Oral     LSQ     ASL     LPC     Pidgin     Français signé

**Autres informations santé à signaler (limitation fonctionnelle, trouble associé, médication...)**

## SON PROFIL

Son tempérament

---

Ses forces, ses qualités

---

Ses défis au quotidien

---

Ce qu'il aime

---

Ce qu'il n'aime pas

---

À surveiller

---

## NOS QUESTIONS