

MODÈLE DE PLAN DE SOUTIEN

NOM DE L'ENFANT :	GRUPE D'ÂGE :
RÉDIGÉ PAR (NOM, RÔLE) :	DATE :
EN PRÉSENCE DE (NOM, RÔLE) :	

Observations générales	
ÉLÉMENTS LIÉS AU CONTEXTE DE VIE DE L'ENFANT	
FORCES DE L'ENFANT	
PRÉFÉRENCES DE L'ENFANT	
ÉLÉMENTS LIÉS À LA DYNAMIQUE DU GROUPE	
ÉLÉMENTS LIÉS À L'AMÉNAGEMENT DU LOCAL	

Observations particulières	
ACCUEIL LE MATIN ET DÉPART LE SOIR	
COLLATION ET REPAS	
MOMENTS DE TRANSITION	
JEUX	
SOINS (SOINS CORPORELS, HABILLAGE, ETC.)	
SIESTE	
AUTRES	

Besoin de soutien prioritaire	
OBJECTIF GÉNÉRAL	
SOUS-OBJECTIF(S)	

Moyens et stratégies pour atteindre le sous-objectif	
INTERVENTION(S) PRÉVUE(S) (Moyens, stratégies, techniques et matériel utilisés)	
TÂCHES DES PERSONNES IMPLIQUÉES (au besoin)	
ÉCHÉANCIER	

Signatures	
ÉDUCATRICE/RSGE	
PARENT(S)	

Date de la prochaine rencontre d'évaluation du plan de soutien : _____