



Démarche de la transition de l'école à la vie active (TÉVA)

Portrait du jeune et vision du futur Version du parent

Vous devez remplir le document à partir de ce que vous pensez et connaissez de votre enfant

Identification du jeune

Nom du jeune : _____	Date de naissance : _____
École : _____	Groupe : _____
Complété par : _____	Date : _____

1. HABITATION

SITUATION ACTUELLE :

- Où habite votre jeune?

Avec nous, ses parents

En famille d'accueil

En appartement

Autre endroit : _____

- Participe-t-il aux tâches de la maison? OUI NON

Si oui, lesquelles?

Préparer les repas

Faire la vaisselle

Faire le ménage

Corder le bois

Faire le lavage

Nettoyer la piscine

Tondre la pelouse

Ramasser les feuilles

Autre : _____

Déneiger l'entrée

Si non, avez-vous déjà tenté de l'impliquer dans ces tâches?

COMMENT VOYEZ-VOUS LE FUTUR POUR VOTRE JEUNE :

- Où croyez-vous qu'il aimerait habiter vers l'âge de 25 ans?

Avec nous, ses parents

En appartement avec des amis

Seul en appartement

En appartement avec son amoureux(se)

En famille d'accueil

Autre endroit : _____

- Si vous croyez qu'il souhaite aller vivre en appartement, qu'a-t-il à apprendre pour réaliser son projet?

Comment faire un budget

Comment faire le ménage

Comment préparer les repas

Comment être autonome pour son horaire

Comment faire l'épicerie

Comment s'occuper de ses vêtements

Comment prendre soin de lui

Autre : _____

2. SANTÉ ET SÉCURITÉ

SITUATION ACTUELLE :

- **Votre jeune prend-il des médicaments?** OUI NON

Si oui, est-il capable de les prendre sans aide? OUI NON

- **A-t-il des services d'un organisme de santé (CISSSNL, Le Bouclier, La Myriade, CLSC, CSSS, organisme communautaire, etc.)?** OUI NON

Si oui, lesquels?

Quels sont les services reçus?

Depuis quand?

- **A-t-il des problèmes de santé?** OUI NON

Lesquels?

Comment cela limite-t-il ses activités quotidiennes?

A-t-il besoin d'outils?

- **Avez-vous des discussions sur la sexualité avec votre jeune?** OUI NON

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui? OUI NON

VISION DU FUTUR :

- **Qu'aura-t-il besoin d'apprendre pour s'occuper lui-même de sa santé et de sa sécurité?**

Quoi faire en cas d'urgence
(incendie, maladie)

Savoir identifier les aliments à jeter

Savoir reconnaître les dangers

Comment prendre et connaître
ses médicaments

Comment prendre un rendez-vous

Autres : _____

3. VIE SOCIALE ET LOISIRS

SITUATION ACTUELLE :

- **Votre jeune a-t-il des amis à l'école?** **En dehors de l'école?** **NON**
Que fait-il avec eux, quel genre d'activités?

- **Quels sont ses loisirs et activités préférés (sports, sorties, musique, jeux vidéo, etc.)? Nommez-les.**

VISION DU FUTUR :

- **Croyez-vous qu'il pourra garder ses amis après avoir quitté l'école?** OUI NON
Si oui, comment fera-t-il pour garder un contact avec eux? Décrivez les possibilités.

- **Où pensez-vous qu'il pourra les rencontrer?**

- **Quel genre d'activités fera-t-il avec eux?**

- **Aimerait-il rencontrer de nouvelles personnes?** OUI NON
 - **A-t-il des loisirs ou des activités qu'il aimerait pratiquer après avoir quitté l'école?**
OUI NON
Si oui, qu'aimerait-il faire?

- **Pensez-vous qu'il aura besoin d'aide pour pratiquer ses loisirs et activités?**
OUI NON
Si oui, quel genre d'aide?

- **Pensez-vous qu'il sera en mesure de planifier ses activités par lui-même une fois l'école terminée?** OUI NON
Si non, décrivez ses difficultés.

4. TRANSPORT

SITUATION ACTUELLE :

- **Comment votre jeune se déplace-t-il actuellement?**

- En auto avec nous, ses parents En transport en commun, accompagné
En transport en commun, seul Autre : _____
En transport adapté

- **Est-ce qu'il arrive à votre jeune de faire des sorties seul (aller à l'épicerie, au dépanneur, au centre d'achat, au cinéma, au parc, etc.)? OUI NON**

Si oui, quel moyen de transport utilise-t-il dans ses déplacements?

- Le transport en commun Le vélo
Le transport adapté Autre : _____
À pied

VISION DU FUTUR :

- **Comment pensez-vous qu'il se rendra à ses activités, lorsqu'il ne sera plus à l'école?**

- En auto avec nous, ses parents En transport en commun, seul
Avec son auto (il conduit) En transport en commun, accompagné
En auto avec des amis (il ne conduit pas) Autre : _____
En transport adapté

- **A-t-il des apprentissages à faire pour développer son autonomie dans ses déplacements?**

OUI NON

5. FORMATION

SITUATION ACTUELLE :

- Dans combien d'années votre terminera-t-il l'école secondaire?

- Est-il en bonne voie pour obtenir un diplôme ou une certification? OUI NON

VISION DU FUTUR :

- Pensez-vous qu'il s'inscrira à des cours après avoir quitté l'école secondaire?

OUI NON Je ne sais pas

Si oui, où?

Éducation des adultes

IS (insertion sociale)

DEP (études professionnelles)

Autre : _____

CÉGEP

- Quelle formation votre jeune voudrait-il suivre?

S'il est en mesure de faire un choix de carrière, croyez-vous que son choix est adapté à sa condition (ses limites)?

OUI NON Je ne sais pas

Si non, que croyez-vous qu'il fera?

6. TRAVAIL (travail rémunéré, stage, bénévolat)

SITUATION ACTUELLE :

- **Est-ce que votre jeune a effectué un stage pendant l'année scolaire?** OUI NON

Si oui, quel genre de stage a-t-il fait?

Où se déroulait son stage?

Selon vous, qu'a-t-il aimé le plus de son stage?

Selon vous, quelles ont été les difficultés rencontrées par votre jeune lors de son stage?

- **Est-ce que votre jeune a fait du bénévolat pendant l'année scolaire?** OUI NON

Si oui, où se déroulait son bénévolat?

Selon vous, a-t-il aimé son expérience? OUI NON

- **Est-ce que votre jeune a déjà entrepris une recherche d'emploi?** OUI NON

Si oui, quelles sont les difficultés rencontrées lors de sa recherche d'emploi?

- **Reçoit-il des services d'un organisme pour l'aider dans sa recherche d'emploi tel que : Emploi-Québec, CLE, ESSOR II, Le Bouclier, La Myriade, CLSC, CSSS, organisme communautaire, etc.?** OUI NON

Si oui, lequel?

Quels sont les services reçus?

- **Votre jeune a-t-il travaillé pendant l'année scolaire ou pendant les vacances d'été?**

OUI NON

Si oui, quel genre de travail?

Pour quelle entreprise?

- **A-t-il des besoins particuliers qui le limitent dans son travail?** OUI NON

Si oui, lesquels?

Comment cela le limite-t-il dans son travail?

VISION DU FUTUR :

- **Croyez-vous que votre jeune veut des activités reliées au travail après son secondaire?**

OUI NON Je ne sais pas

Si oui, qu'aimerait-il faire?

Si non, pourquoi et comment occupera-t-il son temps?

- **Reçoit-il un chèque du programme de l'aide sociale pour contraintes sévères à l'emploi?**

OUI NON

- **Selon vous, quel est le projet de vie de votre enfant?**