

Formulaire à remplir et à remettre aux personnes neurotypiques de ton entourage

Bonjour! Mon nom est _____ et je suis un enfant avec un **trouble du spectre de l'autisme**. Je vous remets ce document pour vous permettre de mieux me comprendre et de m'aider dans certaines situations.

Autres particularités et diagnostics reçus: _____

Médication: _____

Je suis hypersensible...

- Aux bruits
- Aux odeurs
- Au toucher
- À la douleur
- Aux aliments
- Aux informations visuelles



Je suis hyposensible...

- Aux bruits
- Aux odeurs
- Au toucher
- À la douleur
- Au chaud et au froid
- Aux aliments

Il est à noter que ces comportements d'origine sensorielle peuvent varier d'une journée à l'autre et qu'ils sont souvent influencés par des situations de stress ou un état de fatigue.

Mes comportements stéréotypés

- Serrer mes mains ensemble
- Battre des mains ou des bras (*flapping*)
- Tourner sur moi-même
- Faire des bruits avec ma bouche
- Marcher sur la pointe des pieds
- Sauter sur place
- Autres : _____

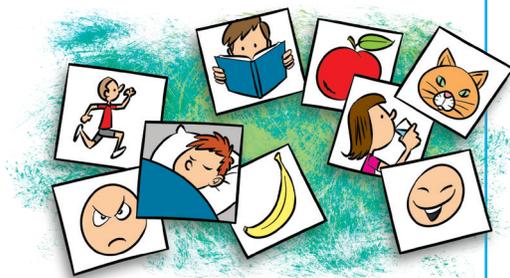
Mes intérêts restreints

- Les autos
- Les bateaux
- Les animaux
- Les superhéros
- Les insectes
- Les plantes
- Autres : _____



Mes modes de communication

- Je m'exprime verbalement.
- Je m'exprime avec des pictogrammes ou avec un cahier de communication.
- Je m'exprime en utilisant des moyens technologiques (tablette électronique, ordinateur, etc.).
- Autres: _____



Mes comportements à surveiller

- Je peux fuguer.
- Je peux me faire du mal (me frapper, me pincer, me cogner la tête).
- Je peux faire du mal aux autres.
- Je peux briser du matériel.
- Je peux m'opposer et faire des crises.
- Je peux me désorganiser.
- Autres: _____

Ma boîte à outils

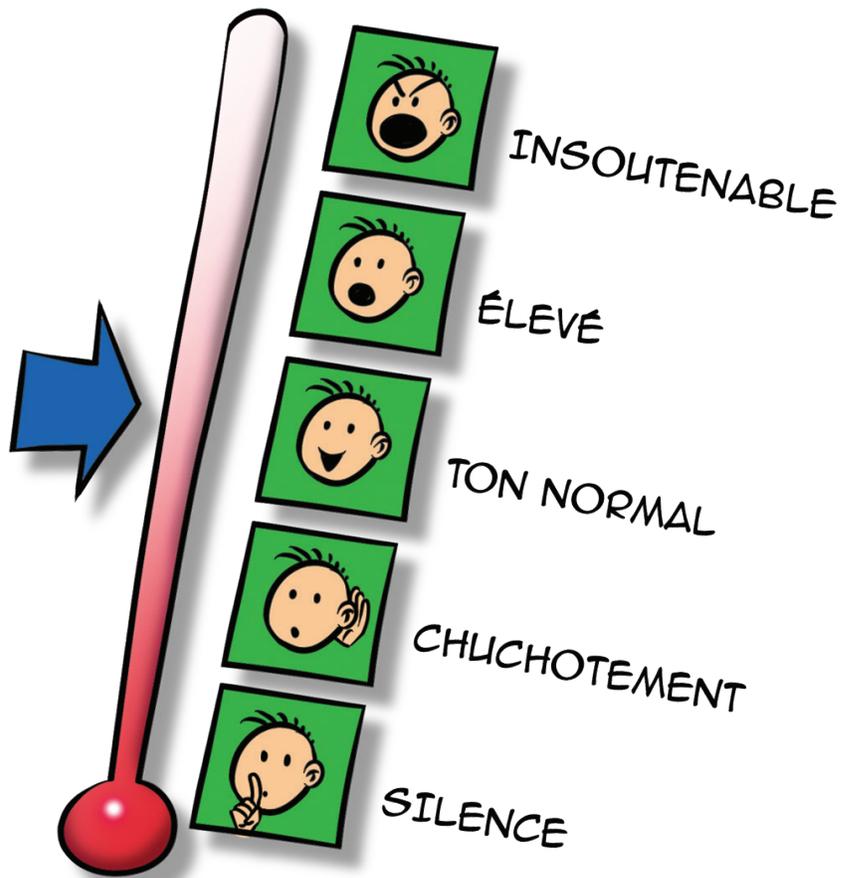
- Des coquilles antibruit
- Des pauses sensorielles
- Des exercices de respiration (relaxation)
- Une balle antistress
- De l'exercice physique
- Des sabliers
- Autres: _____



Pour plus d'informations et de ressources, procurez-vous le livre **L'autisme raconté aux enfants**, écrit par Gabryel et Karine Bouchard.



Échelle du bruit



Échelle de la douleur



SANS
DOULEUR



INCONFORTBLE



PÉNIBLE



INTENSE



HORRIBLE



INSOUTENABLE