

DEMANDE DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES

ÉLÈVES

DATE DE LA DEMANDE : _____

ENSEIGNANT(e) À CONTACTER : _____

DEMANDE DE SUIVI (ÉLÈVES) – veuillez spécifier auprès de quel(s) service(s) ci-dessous			
<input type="checkbox"/> Psychoéducation	<input type="checkbox"/> Orientation	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Orthopédagogie
<input type="checkbox"/> Travail social	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Dans le cas d'une DEMANDE DE SUIVI , veuillez transmettre ce formulaire par courriel à l'adresse se@csdulittoral.qc.ca et y joindre les documents mentionnés ci-contre.		<input type="checkbox"/> Fiche d'identification de l'élève (page suivante) <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement signé <input type="checkbox"/> Bulletin le plus récent <input type="checkbox"/> Plan d'intervention le plus récent <input type="checkbox"/> Tout autre document jugé pertinent	

*** OU ***

DEMANDE D'ÉVALUATION (ÉLÈVES) – veuillez spécifier auprès de quel(s) service(s) ci-dessous			
<input type="checkbox"/> Psychoéducation	<input type="checkbox"/> Orientation	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Orthopédagogie
<input type="checkbox"/> Travail social	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Dans le cas d'une DEMANDE D'ÉVALUATION , veuillez transmettre ce formulaire par courriel à l'adresse se@csdulittoral.qc.ca et y joindre les documents mentionnés ci-contre.		<input type="checkbox"/> Fiche d'identification de l'élève (page suivante) <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement signé <input type="checkbox"/> Bulletin le plus récent <input type="checkbox"/> Plan d'intervention le plus récent <input type="checkbox"/> Bilans des interventions réalisées par l'école (orthopédagogie, éducation spécialisée, etc.) <input type="checkbox"/> Tous les rapports de professionnels au dossier, s'il y a lieu <input type="checkbox"/> Tous les rapports médicaux au dossier, s'il y a lieu <input type="checkbox"/> Tout autre document jugé pertinent	

*** OU ***

DEMANDE D'ATELIER (GROUPE-CLASSE) – veuillez préciser ci-dessous	
<input type="checkbox"/> Niveau : _____	<input type="checkbox"/> Sujet : _____

Précisions et commentaires de la direction :
--

Signature de la direction : _____

Date : _____

DEMANDE DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

PRÉNOM(s)	NOM(s) de FAMILLE	GENRE	DATE de NAISSANCE
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

CODE PERMANENT	ÉCOLE FRÉQUENTÉE	NIVEAU	ANNÉE	LANGUE D'ENSEIGN.
		<input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec.		<input type="checkbox"/> Franc. <input type="checkbox"/> Angl.

PRÉNOM et NOM du PARENT 1	PRÉNOM et NOM du PARENT 2

SITUATION FAMILIALE – L'ÉLÈVE HABITE AVEC :	LANGUE(s) PARLÉE(s) à la MAISON
<input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> En famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

MOTIF(S) DE LA RÉFÉRENCE

<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage <input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles/sociales <input type="checkbox"/> Difficultés émotionnelles <input type="checkbox"/> Difficultés langagières <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration/d'attention <input type="checkbox"/> Difficultés comportementales <input type="checkbox"/> Difficultés motrices/sensorielles <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
--

INFORMATIONS SUR LES DÉMARCHES DÉJÀ ENTREPRISES

Les parents ont été contactés : par téléphone par écrit en personne (rencontre)

Un plan d'intervention (PI) a été élaboré pour cet élève : OUI NON Si OUI --> date du PI : _____

Précisions et commentaires (si aucun PI n'a été élaboré, veuillez préciser les mesures d'adaptation ou autres démarches entreprises)

Services déjà impliqués	Nom	Rapport/notes au dossier?	Date de la PREMIÈRE intervention	Date de la DERNIÈRE intervention
<input type="checkbox"/> Psychoéducation		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Travail social		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Orientation		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Psychologie		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ergothérapie		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Orthophonie		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Protection de la jeunesse		<input type="checkbox"/>		