



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Liste de vérification du personnel enseignant – ergothérapie

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6

519-542-3471 TOLL FREE 1-855-542-3471 FAX 519-542-4115

www.pathwayscentre.org

*** Veuillez joindre et soumettre cette demande avec le formulaire d'aiguillage du directeur de l'école**

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉLÈVE :		
Nom :	Date de naissance :	(jj/mm/aaaa)
Pour pouvoir procéder à l'aiguillage, les critères suivants DOIVENT ÊTRE REMPLIS :		
<input type="checkbox"/> La préoccupation est liée à la capacité de l'élève à accéder ou à participer au programme d'études.		
<input type="checkbox"/> Avant de procéder à cette demande d'aiguillage, les équipes scolaires ont été envisagées et/ou consultées pour obtenir des ressources/soutiens internes pour des préoccupations liées aux comportements d'automutilation, au risque de fuite, à la destruction de biens, à l'agression et/ou à la santé mentale.		
<input type="checkbox"/> Le(la) soignant(e) a consenti à cet aiguillage et accepte de soutenir la mise en œuvre des recommandations formulées par l'ergothérapeute.		
<input type="checkbox"/> La demande d'aiguillage a été examinée par l'ergothérapeute des Services de réadaptation en milieu scolaire (SRMS) et signée ci-dessous avant d'être soumise.		
DOMAINE(S) DE PRÉOCCUPATION LIÉ(S) AUX DIFFICULTÉS FONCTIONNELLES		
<input type="checkbox"/>	Motricité fine/Écriture – Source de préoccupation :	
<input type="checkbox"/>	Soins personnels – Source de préoccupation :	
<input type="checkbox"/>	Équipement/AÉS – Source de préoccupation :	
<input type="checkbox"/>	Accessibilité et Positionnement – Source de préoccupation :	
<input type="checkbox"/>	Capacité sensorielle – Source de préoccupation :	
OBLIGATOIRE : Veuillez décrire la raison de cette demande d'aiguillage et la manière dont elle INFLUE sur la sécurité, l'ENGAGEMENT et/ou LA PARTICIPATION AU PROGRAMME D'ÉTUDES DE L'ÉLÈVE :		
Quels sont les trois principaux objectifs fonctionnels de cette demande d'aiguillage ?		
1.		
2.		
3.		
ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SERVICES :		
L'élève a-t-il(elle) déjà reçu les services d'un(e) ergothérapeute dans le cadre des Services de réadaptation en milieu scolaire (SRMS) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Année de fin des services :
L'école a-t-elle utilisé les stratégies développées par le(la) thérapeute et sont-elles encore efficaces ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous pris contact avec les parents et les enseignants précédents pour revoir les interventions ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Qu'est-ce qui a changé ? Veuillez le décrire en détail.		
À remplir (par le personnel de l'école) :		Date :
Courriel :	Téléphone :	Poste :



Nom:

Date to naissance:

École :		
CETTE SECTION NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE PAR LE PERSONNEL DU CENTRE PATHWAYS :		
Demande revue par :	Date :	
Initiales/Signature :	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T3
Renseignements supplémentaires/Commentaires :		