



# 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](http://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 :		
<b>Nom :</b>	<b>Date de naissance :</b>	(jj/mm/aaaa)
<b>Pour pouvoir procéder à l'aiguillage, les critères suivants DOIVENT ÊTRE REMPLIS :</b>		
<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 :	
<b>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 :</b>		
<b>Quels sont les trois principaux objectifs fonctionnels de cette demande d'aiguillage ?</b>		
1.		
2.		
3.		
ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SERVICES :		
<b>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) ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Année de fin des services :</b>
<b>L'école a-t-elle utilisé les stratégies développées par le(la) thérapeute et sont-elles encore efficaces ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Avez-vous pris contact avec les parents et les enseignants précédents pour revoir les interventions ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Qu'est-ce qui a changé ? Veuillez le décrire en détail.</b>		
<b>À remplir (par le personnel de l'école) :</b>		<b>Date :</b>
<b>Courriel :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Poste :</b>

