



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Liste de vérification du personnel enseignant – physiothérapie

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)	
Veuillez décrire en détail l'objectif de cette demande d'aiguillage (obligatoire) :		
DOMAINES DE PRÉOCCUPATION : (Veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent et fournir des renseignements supplémentaires)		
La capacité de l'élève à accéder au programme d'études est-elle affectée dans les lieux suivants ?		
<input type="checkbox"/> Cour de l'école/terrain de jeu	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Incapable d'y accéder	Veuillez décrire en détail :
<input type="checkbox"/> Éducation physique	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Incapable d'y accéder	
<input type="checkbox"/> Salle de classe	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Incapable d'y accéder	
Existe-t-il un problème de sécurité ? (Veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent)		
<input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Transferts <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Éducation physique		
<input type="checkbox"/> Équipement de jeu/environnement scolaire		
Si Oui, veuillez décrire en détail :		
Quel est le statut de mobilité de l'élève ?		
<input type="checkbox"/> Indépendant(e) <input type="checkbox"/> Indépendant(e) avec aides <input type="checkbox"/> Supervision requise <input type="checkbox"/> Dépendant(e) avec aides		
Cet(te) élève a-t-il(elle) besoin d'un nouvel équipement ou d'un équipement adapté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez indiquer l'équipement actuellement en place pour aider cet(te) élève.		
Quel équipement a été mis en place ou testé chez cet(te) élève ?		
Renseignements/préoccupations supplémentaires : (Veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent et fournir des renseignements supplémentaires)		
Démarche/marche		
<input type="checkbox"/> Trébuche et tombe plus souvent que les autres élèves du même âge		
Escaliers		
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à monter/descendre de l'autobus scolaire		
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à finir de monter ou descendre les escaliers ou à accéder à la cour de l'école/au terrain de jeu en toute sécurité		
Force		
<input type="checkbox"/> Semble avoir peu de force dans l'ensemble du corps, est « mou(molle) » <input type="checkbox"/> A de la difficulté à ouvrir les portes		
ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SERVICES :		
L'élève a-t-il(elle) déjà bénéficié des services d'un(e) physiothérapeute dans le cadre des Services de réadaptation en milieu scolaire (SRMS) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Année(s) 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		



SCHOOL BASED REHABILITATION SERVICES

Liste de vérification du personnel enseignant – physiothérapie

Nom: _____

Date de naissance: _____

Page 2 of 2

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		
Demande remplie par :	Date :	
Courriel :	Téléphone :	Poste :
Signature :		

NOTA : Les éléments cochés ci-haut ne seront pas tous traités par un(e) thérapeute des Services de réadaptation en milieu scolaire (SRMS).