



SERVICES DE RÉABILITATION EN MILIEU SCOLAIRE

Formulaire d'aiguillage du directeur de l'école

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6
519-542-3471 SANS FRAIS 1-855-542-3471 FAX 519-542-4115

www.pathwayscentre.org

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'AIGUILLAGE :

Évaluation demandée en : Ergothérapie Physiothérapie Orthophonie

Aiguillage initié par : Parent /Tuteur Psychologue Thérapeute des SRMS :
 Enseignant(e)/ Membre du Conseil scolaire (préciser) :
 Autre (préciser) :

CONSENTEMENT : OBLIGATOIRE

Le parent/tuteur a **consenti** à ce que l'école effectue cet **aiguillage** et à ce que tous les documents joints soient **partagés** avec le Pathways Health Centre for Children.

Consentement obtenu par (nom du membre du personnel de l'école) : **Date :**

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉLÈVE :

Nom : Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

Adresse : Genre ou pronoms préférés :

Code postal : Numéro de téléphone à domicile :

L'enfant vit avec : Parent Famille d'accueil Parenté Membre de la famille Autre

Langue(s) parlée(s) à la maison : Interprète requis Oui Non

La famille souhaite-t-elle s'identifier ou identifier cet(te) élève comme : Première Nation Métis
 Inuit Autre

Affection médicale/trouble du développement confirmé(e) :

COORDONNÉES : Les informations ci-après doivent comporter à la fois les noms de l'aidant(e)_et/ou de l'organisation ayant la garde légale ou l'autorité décisionnelle.

Nom :	Nom :
Relation avec l'élève (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil/Parenté <input type="checkbox"/> Société d'aide à l'enfance : <input type="checkbox"/> Autre:	Relation avec l'élève (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil/Parenté <input type="checkbox"/> Société d'aide à l'enfance : <input type="checkbox"/> Autre:
Adresse : <input type="checkbox"/> Même adresse que celle de l'élève	Adresse : <input type="checkbox"/> Même adresse que celle de l'élève
Adresse courriel :	Adresse courriel :
N° de téléphone à domicile/cellulaire:	N° de téléphone à domicile/cellulaire:
N° de téléphone au travail : Poste:	N° de téléphone au travail : Poste:



SBRS - Principal Referral Form (cont'd)

Student Name:

D.O.B:

Veillez cocher la méthode de contact préférée

Domicile/cellulaire Courriel Travail

Domicile/cellulaire Courriel Travail

Le(la) sus-nommé(e) est-il(elle)le(la)tuteur(tutrice) légal(e) de l'élève ?

Oui
 Non

Le(la) sus-nommé(e) est-il(elle)le(la)tuteur(tutrice) légal(e) de l'élève ?

Oui
 Non

A-t-il(elle) :

le droit d'accéder aux informations concernant l'élève ?

le droit de prendre des décisions en matière de santé au nom de l'élève ?

A-t-il(elle) :

le droit d'accéder aux informations concernant l'élève ?

le droit de prendre des décisions en matière de santé au nom de l'élève ?

Situations/accords de garde particuliers(obligatoires) :

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉCOLE :

École :

Conseil scolaire :

Niveau scolaire de l'élève :

Numéro de classe :

Plateforme d'apprentissage : Apprentissage en personne Programme d'apprentissage virtuel

Placement en classe : Régulier Programme modifié Programme d'aptitudes à la vie quotidienne

Autre :

Directeur :

Adresse courriel :

Poste:

Orthopédagogue :

Adresse courriel :

Poste:

Enseignant(e) de la classe :

Adresse courriel :

Poste:

Assistant(e)(s) en éducation (veuillez préciser le niveau de soutien) :

Interventions/soutiens actuels de l'école :

Élève recevant l'aide d'un(e) orthopédagogue Plan d'enseignement individualisé (PEI)

Comité d'identification, de placement et de révision (CIPR) Technologie d'assistance

Enrichissement Sourd(e) et malentendant(e) Aveugle et malvoyant(e)

Équipe d'AAC (Analyse appliquée du comportement) Équipe collaborative de soutien

Professionnels de la santé mentale Équipe de soutien et de bien-être des élèves

Évaluation psychoéducationnelle effectuée : Date de l'évaluation :

Liste d'évaluations effectuées par le(la) psychologue (par ex., Beery) :

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Points forts/intérêts et qualités préférées de l'élève :



SBRS - Principal Referral Form (cont'd)

Student Name:

D.O.B:

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE LES FORMULAIRES DÛMENT REMPLIS ET LES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES À CETTE DEMANDE D'AIGUILLAGE :

- Liste de contrôle de l'enseignant(e) (**obligatoire** pour les demandes d'aiguillage en ergothérapie et en physiothérapie)
- Exemple de production écrite **OU** dessin/coloriage si l'élève ne sait pas encore imprimer (**obligatoire** pour les demandes d'aiguillage en ergothérapie pour la motricité fine et en technologie d'assistance)
- Formulaire d'aiguillage de l'orthophoniste des SRMS **OU** rapport de l'orthophoniste du Conseil scolaire (l'un des documents précités est **obligatoire** pour toute demande d'aiguillage en orthophonie).
- Autres rapports justifiant la nécessité d'une évaluation
- Objectifs du plan d'enseignement individualisé applicables
- Plan de sécurité (**obligatoire si celui-ci existe**)

- Le **directeur de l'école** est au courant et a accepté que l'école procède à cet aiguillage.
Date :

Une fois ce formulaire dûment, veuillez l'imprimer et l'envoyer par la poste, par messenger ou par télécopieur au :

Pathways Health Centre for Children
1240 Murphy Road, Sarnia, ON N7S 2Y6
Téléphone : (519) 542-3471 Sans frais : 1-855-542-3471
Télécopieur : (519) 542-4115

Pour de plus amples informations et/ou des questions concernant le processus d'aiguillage, veuillez contacter

Tammy Holubeshen au : 519-542-3471, poste 1284 - tholubeshen@pathwayscentre.org