



SCHOOL BASED REHABILITATION SERVICES

Physiotherapy Teacher Checklist

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6
519-542-3471 TOLL FREE 1-855-542-3471 FAX 519-542-4115
www.pathwayscentre.org

***Veuillez remplir ce formulaire et le soumettre avec celui d'aiguillage du directeur de l'école**

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'AIGUILLAGE :	
Nom :	Date de naissance : (jj/mm/aaaa)
Pour procéder à l'aiguillage, les critères suivants DOIVENT ÊTRE REMPLIS :	
<input type="checkbox"/> Préoccupation liée à la sécurité de l'élève	
<input type="checkbox"/> Préoccupation liée à la capacité de l'élève à accéder ou à participer au programme scolaire	
<input type="checkbox"/> L'aidant(e) a consenti à cet aiguillage et accepte de soutenir la mise en œuvre des recommandations formulées par le(la) physiothérapeute.	
Indiquez les 3 objectifs prioritaires de cet aiguillage : (Obligatoire)	
1.	
2.	
3.	
OBLIGATOIRE : Décrivez en détail les problèmes de SÉCURITÉ existants (p. ex., escaliers, chutes, transferts, mobilité, éducation physique, équipements de jeu, environnement scolaire).	
Mobilité : (exemples d'aides : orthèses, marchette, fauteuil roulant, etc.) :	
<input type="checkbox"/> Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Indépendant(e) avec aide(s) – Décrivez :
<input type="checkbox"/> Supervision requise – Décrivez :	
<input type="checkbox"/> Dépendant(e) avec aide(s) – Décrivez :	
Équipement/Matériel exclusivement adapté pour l'élève :	
<input type="checkbox"/> Cet(te) élève a-t-il(elle) besoin d'un équipement nouveau ou exclusivement adapté ? – Décrivez :	
<input type="checkbox"/> Veuillez dresser la liste d'équipements actuellement en place pour aider l'élève – Décrivez :	
<input type="checkbox"/> L'équipement a été mis en place ou testé chez cet(te) élève – Décrivez :	
Autre(s) domaine(s) de préoccupation :	
<input type="checkbox"/> Accessibilité et positionnement – Préoccupation :	
<input type="checkbox"/> Salle de classe – Préoccupation :	
<input type="checkbox"/> Récréation – Préoccupation :	
<input type="checkbox"/> Éducation physique – Préoccupation :	
<input type="checkbox"/> Autobus – Préoccupation :	
ANTÉCÉDENTS :	
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 :

Note: Not all items checked above will be treated by an SBRS therapist



SBRS - Physiotherapy Teacher Checklist

Student Name:

D.O.B:

L'école ou le domicile a-t-elle(il) mis en œuvre les stratégies élaborées par le(la) thérapeute ?
Fonctionnent-elles toujours ? Qu'est-ce qui a changé ? Décrivez en détail :

Demande remplie par :

Date :

Adresse courriel :

Téléphone :

Poste :

Signature :

Renseignements/Commentaires supplémentaires :