



SERVICES DE RÉADAPTATION 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 <u>doivent</u> comporter <u>à la fois</u> 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): ☐ Mère ☐ Père ☐ Grand-parent ☐ Famille d'accueil/Parenté ☐ Société d'aide à l'enfance: ☐ Autre:	Relation avec l'élève (obligatoire): ☐ Mère ☐ Père ☐ Grand-parent ☐ Famille d'accueil/Parenté ☐ Société d'aide à l'enfance: ☐ Autre:
Adresse: ☐ Même adresse que celle de l'élève	Adresse: ☐ 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:



Nom:

Date de naissance:

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 virtuelPlacement 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:



Nom:

Date de naissance:

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