



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Liste de contrôle de l'enseignant - ergothérapie

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6

519-542-3471 SANS FRAIS 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)

Pour pouvoir procéder à l'aiguillage, les critères suivants DOIVENT ÊTRE REMPLIS:

- ☐ La préoccupation est liée à la capacité de l'élève à accéder ou à participer au programme d'études.
- ☐ 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.
- ☐ Le(la) soignant(e) a consenti à cet aiguillage et accepte de soutenir la mise en œuvre des recommandations formulées par l'ergothérapeute.
- ☐ 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

- ☐ Motricité fine/Écriture – Source de préoccupation: _____
- ☐ Soins personnels – Source de préoccupation: _____
- ☐ Équipement/AÉS – Source de préoccupation: _____
- ☐ Accessibilité et Positionnement – Source de préoccupation: _____
- ☐ Capacité sensorielle – Source de préoccupation: _____

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:

Quels sont les trois principaux objectifs fonctionnels de cette demande d'aiguillage?

1. _____
2. _____
3. _____

ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SERVICES:

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)? ☐ Oui ☐ Non

Année de fin des services: _____

L'école a-t-elle utilisé les stratégies développées par le(la) thérapeute et sont-elles encore efficaces? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pris contact avec les parents et les enseignants précédents pour revoir les interventions? ☐ Oui ☐ Non

Qu'est-ce qui a changé? Veuillez le décrire en détail.



Nom:

Date de naissance:

À remplir (par le personnel de l'école):		Date:	
Courriel:	Téléphone:	Poste:	
École:			
CETTE SECTION NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE PAR LE PERSONNEL DU CENTRE PATHWAYS:			
Demande revue par:		Date:	
Initiales/Signature:	☐ T2	☐ T3	
Renseignements supplémentaires/Commentaires:			