



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Liste de contrôle de l'enseignant pour physiothérapie

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6
519-542-3471 SANS FRAIS 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:

- ☐ Préoccupation liée à la sécurité de l'élève
- ☐ Préoccupation liée à la capacité de l'élève à accéder ou à participer au programme scolaire
- ☐ 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.):

- ☐ Indépendant(e) ☐ Indépendant(e) avec aide(s) – Décrivez: _____
- ☐ Supervision requise – Décrivez: _____
- ☐ Dépendant(e) avec aide(s) – Décrivez: _____

Équipement/Matériel exclusivement adapté pour l'élève:

- ☐ Cet(te) élève a-t-il(elle) besoin d'un équipement nouveau ou exclusivement adapté? – Décrivez: _____
- ☐ Veuillez dresser la liste d'équipements actuellement en place pour aider l'élève – Décrivez: _____
- ☐ L'équipement a été mis en place ou testé chez cet(te) élève – Décrivez: _____

Autre(s) domaine(s) de préoccupation :

- ☐ Accessibilité et positionnement – Préoccupation: _____
- ☐ Salle de classe – Préoccupation: _____
- ☐ Récréation – Préoccupation: _____
- ☐ Éducation physique – Préoccupation: _____
- ☐ 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)? ☐ Oui ☐ Non

Année(s) des services: _____



Nom:

Date de naissance:

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:**