

LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Les renseignements supplémentaires pour un renvoi en ergothérapie/physiothérapie

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: _____

Nom de l'école: _____ Année d'études: _____

L'élève a-t-il/elle un plan d'enseignement individualisé (PEI) ? (Si oui, veuillez préciser les adaptations ou modifications)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'élève a-t-il/elle été identifié(e) par un comité d'identification, de placement et de révision (CIPR) ? Veuillez préciser l'anomalie :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Qui a recommandé ou entamé le renvoi ?			
<input type="checkbox"/> Enseignant/e	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Conseil scolaire
<input type="checkbox"/> Thérapeute privée			
Autre (Précisez) :			
Quels sont vos objectifs pour l'élève liés à ce renvoi ?			
A)			
B)			
C)			
Classez par ordre de priorité 3 besoins relatifs à ce renvoi :			
A)			
B)			
C)			
Les préoccupations affectent-elles la capacité de l'élève à fréquenter l'école pendant une journée complète ? Si oui, veuillez préciser.		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La journée scolaire a-t-elle été modifiée pour l'élève ? Veuillez préciser les modifications.		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ces problèmes affectent-ils la capacité de l'élève à accéder au curriculum ?			
<input type="checkbox"/>	Légèrement		
<input type="checkbox"/>	Modérément		
<input type="checkbox"/>	Incapable d'accéder à aucune partie du curriculum		
S'agit-il d'une question de sécurité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez décrire :			
<input type="checkbox"/> Les escaliers	<input type="checkbox"/> Les chutes/trébuches	<input type="checkbox"/> Les transferts	<input type="checkbox"/> Les équipements de jeux/ l'environnement physique scolaire
		<input type="checkbox"/> La mobilité	<input type="checkbox"/> Le gymnase

LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Les renseignements supplémentaires pour un renvoi en ergothérapie/physiothérapie

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: _____

Nom de l'école: _____ Année d'études: _____

Quel est l'état de mobilité de l'élève	
<input type="checkbox"/>	Indépendant
<input type="checkbox"/>	Indépendant avec des aides
<input type="checkbox"/>	Nécessite de la supervision
<input type="checkbox"/>	Dépendant avec des aides
Quels équipements ont été mis en place ou mis à l'essai avec l'élève ?	
Pour les élèves ayant des difficultés avec l'écriture cursive ou à écrire en caractères d'imprimerie, tous les appuis et/ou adaptations appropriés doivent avoir été essayés (idéalement pendant 1 an). Veuillez indiquer, en notant les résultats et la durée des essais :	
Les appuis/ les adaptations	La durée des essais
<input type="checkbox"/> Programme d'écriture en caractère d'imprimerie/cursive (précisez)	
<input type="checkbox"/> 1 :1 soutien en classe (précisez)	
<input type="checkbox"/> Aide-enseignant/e	
<input type="checkbox"/> La technologie/ les logiciels	
<input type="checkbox"/> Alternative bague porte-crayon ou papier ligné (précisez)	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	
Quelles ressources sensorielles votre école a-t-elle ?	Quelles stratégies avez-vous essayez ?
<input type="checkbox"/> Salle sensorielle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Équipement sensoriel de base	<input type="checkbox"/> Pauses sensorielles <input type="checkbox"/> Diète sensorielle <input type="checkbox"/> Carrefour
Quelles ressources ont été consultées ?	
<input type="checkbox"/> ICI (Intervention comportementale intensive) <input type="checkbox"/> Une équipe de comportement <input type="checkbox"/> KidsAbility <input type="checkbox"/> Les ressources du conseil scolaire <input type="checkbox"/> L'équipe-ressource EED <input type="checkbox"/> ACA (L'analyse comportementale appliquée)	
Quels programmes ont été élaborés avec l'enseignant(e)-ressource ?	

LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Les renseignements supplémentaires pour un renvoi en ergothérapie/physiothérapie

Est-ce que l'élève a déjà bénéficié de services auxiliaires en milieu scolaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelles stratégies ont été mis en place ?		
Si l'élève a déjà reçu des services en ergothérapie ou en physiothérapie, qu'est ce qui a changé ? :	Année de service :	
A) L'école utilise-t-elle les stratégies élaborées par le/la thérapeute et est-ce qu'elles fonctionnent toujours ?	Oui	Non
B) Avez-vous établi des liens avec les parents et les enseignants antérieurs afin de prendre connaissance des interventions utilisées?	Oui	Non
C) Y-a-t-il des stratégies identifiées dans le plan d'enseignement individualisé de l'élève ou avec l'enseignant(e)-ressource ?	Oui	Non

LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Les renseignements supplémentaires pour un renvoi en ergothérapie/physiothérapie

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: _____

Nom de l'école: _____ Année d'études: _____

Veillez cocher tout domaine concerné :

HABILETÉS MOTRICES FINES/ CAPACITÉ TECHNIQUE MANUELLE - *1 ^{RE} ANNÉE OU PLUS	LA MOBILITÉ / L'ACCÈS
<input type="checkbox"/> N'a pas établi de main dominante	<input type="checkbox"/> Se fatigue facilement avec les tâches habituelles
<input type="checkbox"/> Difficulté à manipuler de petits objets	<input type="checkbox"/> Trébucher, tomber, se cogner contre les objets/les personnes en marchant/courant
<input type="checkbox"/> Difficulté avec des casse-têtes, des petits blocs et des formes	<input type="checkbox"/> Des difficultés à maintenir l'équilibre dans les jeux, l'éducation physique ou sur le terrain de jeu
<input type="checkbox"/> Lorsqu'il/elle utilise une main, contracte les muscles ou bouge l'autre main	<input type="checkbox"/> Difficulté à monter ou descendre les escaliers
<input type="checkbox"/> Tiens le crayon maladroitement, appuie soit trop fort ou trop légèrement	<input type="checkbox"/> Impossible d'accéder à toutes les zones de l'école
<input type="checkbox"/> Difficulté à utiliser des ciseaux	<input type="checkbox"/> Difficulté à imiter les mouvements du corps ; ne traverse pas la ligne médiane
<input type="checkbox"/> Difficulté à colorier entre les lignes	<input type="checkbox"/> Sujet de tiraillements qui limitent les mouvements articulaires
LA PRODUCTION ÉCRITE	<input type="checkbox"/> Semble avoir une force corporelle globale médiocre ; est "souple"
<input type="checkbox"/> Est incapable de dessiner un cercle, une croix, une ligne diagonale	<input type="checkbox"/> Ne tente pas de se rattraper en tombant
<input type="checkbox"/> La propreté et la lisibilité du travail écrit à la main ne correspondent pas aux attentes en matière d'éducation	<input type="checkbox"/> N'arrive pas à marcher à pointe talon, sauter sur un pied, sauter sur place
<input type="checkbox"/> Difficulté à espacer les mots de manière appropriée	<input type="checkbox"/> Difficulté à rebondir, lancer ou attraper une grosse balle
<input type="checkbox"/> Ne lit/n'écrit pas de gauche à droite	<input type="checkbox"/> Manque de mouvement réciproque des bras et des jambes en marchant
<input type="checkbox"/> En écrivant, ne stabilise pas le papier	<input type="checkbox"/> Marche habituellement sur les orteils
<input type="checkbox"/> Difficulté à copier du tableau	SOINS PERSONNELS
<input type="checkbox"/> Difficulté à maintenir une bonne position assise (a tendance à s'appuyer sur le bureau, les pieds ne sont pas à plat sur le sol)	<input type="checkbox"/> Nécessite une aide à la toilette
<input type="checkbox"/> Des difficultés à comprendre les concepts de position (gauche, droite, en avant, en arrière, dans, dehors, sur) a plus de 9 ans.	<input type="checkbox"/> Difficulté à s'habiller seul (les vêtements d'extérieur ou de sport, les attaches (fermeture-éclair, boutons, lacets))

Les éléments cochés ci-dessus seront utilisés afin de prendre des décisions éclairées ; les éléments ne seront pas forcément traités par l'ergothérapeute ou le/la physiothérapeute

LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Les renseignements supplémentaires pour un renvoi en ergothérapie/physiothérapie

Veuillez cocher tout domaine concerné

COMPORTEMENT AU TRAVAIL	SENSORIEL
<input type="checkbox"/> Des difficultés à répondre aux changements dans les plans et les attentes	<input type="checkbox"/> Répond de manière négative au toucher, au bruit, au goût et à la texture des aliments et/ou des vêtements
<input type="checkbox"/> Nécessite une pratique répétée pour apprendre de nouvelles compétences	<input type="checkbox"/> Hypersensible aux bruits, aux lumières, aux mouvements
<input type="checkbox"/> Lorsqu'il/elle est assis(e) sur une chaise s'agite ou se déplace constamment	<input type="checkbox"/> Difficulté à rester assis(e) ; peut s'agiter, se balancer, se tourner pendant les repas ou au moment de faire les travaux scolaires
<input type="checkbox"/> Des difficultés à gérer le matériel personnel et scolaire (c.-à-d., devoirs, chaussures, sac à dos, repas, notes)	<input type="checkbox"/> Essaie souvent de quitter la salle de classe
<input type="checkbox"/> Des difficultés à suivre les routines	
<input type="checkbox"/> Nécessite du temps supplémentaire pour finir les tâches	

Les éléments cochés ci-dessus seront utilisés afin de prendre des décisions éclairées ; les éléments ne seront pas forcément traités par l'ergothérapeute ou le/la physiothérapeute

LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Les renseignements supplémentaires pour un renvoi en ergothérapie/physiothérapie

Quel personnel scolaire sera responsable du suivi des recommandations fournies par le/la thérapeute ?

Veillez décrire tout autre renseignement supplémentaire au sujet de l'élève qui serait important que le thérapeute sache ?

Conseil scolaire _____

Nom de la personne qui fait le renvoi _____ Signature _____

Téléphone _____ poste _____ Date _____