



Services de réadaptation en milieu scolaire

Formulaire de recommandation de la direction d'école

Le parent/tuteur consent à l'aiguillage

Date : _____ Langue préférée : Anglais Français Autre : ____ Nom du client : _____ DN : _____

Homme Femme Autre :

Adresse : _____

Tuteur légal/ tuteurs légaux : _____ Téléphone(s) : _____

Renseignements sur l'école

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

Directeur/directrice : _____ Titulaire de classe : _____

Enseignante-ressource/enseignant-ressource : _____

Placement : [] Classe ordinaire [] Éducation de l'enfance en difficulté [] DD/Connaissances pratiques élémentaires [] Autre : _____

Intervention de l'équipe de soutien? Oui Non

L'élève reçoit l'aide d'une ressource : Oui Non

Y a-t-il eu une réunion du CIPR? Oui Non

Évaluation psychopédagogique? Oui Non

Autre : _____

Renseignements au sujet de l'aiguillage

Évaluation demandée : Ergothérapie Physiothérapie Orthophonie

Commentaires : _____

Quel est le résultat escompté de la recommandation? _____

Troubles médicaux/de développement : _____

Veillez indiquer quels formulaires ont été remplis et accompagnent la recommandation :

- Liste de vérification du personnel enseignant (requis pour l'ergothérapie et la physiothérapie)
- Recommandation de l'orthophoniste du conseil scolaire (requis pour la rééducation de la parole)
- Autres rapports justifiant le besoin d'évaluation

Signature du directeur/de la directrice : _____ Date : _____

Lorsque complet, veuillez envoyer ce document par poste, courrier, fax (519-354-7355) ou courriel à mball@ctc-ck.com. Pour obtenir plus d'information au sujet du processus d'aiguillage, veuillez appeler 519-354-0520.