

# SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

## Liste de vérification du personnel enseignant – ergothérapie

Nom de l'élève :

DDN :

N° GoldCare :

(jj/mm/aaaa)

\* Veuillez cocher tous les domaines où l'élève a de la difficulté à satisfaire aux attentes du curriculum.

### COMPÉTENCES GÉNÉRALES EN CLASSE

- |                                                                                 |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maintient sa concentration en présence de distractions | <input type="checkbox"/> Demeure assis pendant le travail en classe |
| <input type="checkbox"/> Suit les consignes verbales                            | <input type="checkbox"/> Suit les consignes écrites                 |
| <input type="checkbox"/> Suit les règles et routines de la classe               | <input type="checkbox"/> Fait la transition entre les tâches        |

### OBJETS ET MATÉRIEL DE MANIPULATION

- |                                                                                                   |                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dominance constante d'une main                                           | <input type="checkbox"/> Préhension fonctionnelle du crayon/pression ( <input type="checkbox"/> trop forte <input type="checkbox"/> trop faible) |
| <input type="checkbox"/> Préhension fonctionnelle des ciseaux/précision du découpage              | <input type="checkbox"/> Bonne maîtrise du crayon pour dessiner, tracer, colorier                                                                |
| <input type="checkbox"/> Manipulation efficace d'outils (efface, matériel de math./arts/sciences) | <input type="checkbox"/> Assemblage de casse-tête sans difficulté                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Degré de détail des dessins adéquat pour l'âge                           | <input type="checkbox"/> Utilisation efficace d'un clavier régulier (le cas échéant)                                                             |

### COMMUNICATION ÉCRITE

- |                                                                                                                                        |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Forme reconnaissable des lettres et écriture à la main lisible                                                | <input type="checkbox"/> Termine les travaux écrits à temps |
| <input type="checkbox"/> La production écrite ne nuit pas au rendement scolaire                                                        |                                                             |
| <input type="checkbox"/> L'élève bénéficie en continu d'une aide à l'écriture ou d'un outil technologique pour ses productions écrites |                                                             |

### COMPÉTENCES GÉNÉRALES D'ORGANISATION

- |                                                                                                    |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aborde les tâches d'une manière organisée et non impulsive                | <input type="checkbox"/> Capable de ne pas égarer ses effets personnels |
| <input type="checkbox"/> Capable d'organiser son pupitre et son matériel scolaire                  | <input type="checkbox"/> Capable de terminer les travaux à temps        |
| <input type="checkbox"/> Capable de réaliser des tâches à étapes multiples correspondant à son âge | <input type="checkbox"/> Capable de persévérer à une tâche difficile    |

### CAPACITÉ D'AUTONOMIE

- |                                                                                                                        |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Utilisation sécuritaire de la salle de bain (et de l'équipement) pour ses besoins hygiéniques |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Retire/replace ses vêtements après être allé aux toilettes                                    | <input type="checkbox"/> Maintien un niveau d'hygiène approprié                                        |
| <input type="checkbox"/> Met/enlève les vêtements d'extérieur                                                          | <input type="checkbox"/> Capable de manipuler les fermetures éclair, les boutons, les boutons-pression |
| <input type="checkbox"/> Ouvre des contenants à la collation/au lunch                                                  | <input type="checkbox"/> Capable de s'alimenter à la collation/au lunch                                |

**Avez-vous des inquiétudes au sujet de la vision (capacité à lire une grande quantité de texte/à recopier du texte au tableau)?**

Oui  Non

**L'élève a-t-il des troubles connus du processus auditif central?**

Oui  Non

**Avez-vous des inquiétudes au sujet de la position ou de l'alignement des bras, des jambes ou du dos de l'élève durant les périodes de repos ou d'activité?**

Oui  Non

**Veillez commenter le rendement général de l'élève en classe sur les plans suivants :**

**Scolaire :**

**Social/comportement/attention :**

**Inscrire toute autre préoccupation ci-dessous ou donner plus de détails :**

**Points forts/intérêts :**

**Enseignante/enseignant :**

**Enseignante-ressource/enseignant-ressource :**

**École :**

**Année d'étude :**

Rempli par - Signature

Date

**\*Veillez joindre au formulaire de recommandation de la direction d'école.**