

SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Liste de vérification du personnel enseignant – physiothérapie

Nom de l'élève : _____ DDN : _____ N° GoldCare : _____
(jj/mmm/aaaa)

***Veuillez cocher tous les secteurs de préoccupation.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Difficulté à monter dans l'autobus/à en descendre | <input type="checkbox"/> Difficulté à garder son équilibre |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à ouvrir les portes | <input type="checkbox"/> Bouge maladroitement, les grands mouvements sont maladroits |
| <input type="checkbox"/> En position assise, s'affaisse sur un côté ou glisse vers l'avant | |
| <input type="checkbox"/> Rigidité extrême limitant l'amplitude de mouvement | <input type="checkbox"/> Hyperlaxité – mouvements articulaires excessifs |
| <input type="checkbox"/> Se fatigue vite durant les tâches courantes, se plaint de fatigue | |
| <input type="checkbox"/> Marche habituellement sur le bout des pieds | |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à faire rebondir, à attraper ou à lancer un ballon | |
| <input type="checkbox"/> Semble avoir peu de force corporelle générale, manque de tonus | |
| <input type="checkbox"/> Ne fait aucune tentative pour se rattraper lors d'une chute | |
| <input type="checkbox"/> Incapable de marcher normalement, saute sur un pied, saute sur place | |
| <input type="checkbox"/> Trébuche et tombe plus souvent que d'autres enfants du même âge | |
| <input type="checkbox"/> Sens du rythme peu développé, ne peut participer aux jeux où l'on tape dans les mains | |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à monter des escaliers ou à accéder au terrain de jeu de façon sécuritaire | |
| <input type="checkbox"/> Faible réciprocité des mouvements de bras et de jambes durant la marche ou la course | |
| <input type="checkbox"/> Incapable de coordonner des mouvements impliquant le corps entier, comme gambader, sauter à la corde ou faire des sauts avec écart (<i>jumping jack</i>) | |

Veuillez inscrire tout équipement ou matériel présentement en place pour aider l'élève

Points forts/intérêts :

Veuillez décrire tout autre élément de préoccupation ou donner plus de détails :

Enseignante/enseignant :	Enseignante-ressource/enseignant-ressource :
École :	Année d'étude :

SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Liste de vérification du personnel enseignant – physiothérapie

Nom de l'élève : _____ DDN : _____ N° GoldCare : _____
(jj/mmm/aaaa)

Rempli par - Signature

Date

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