

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE :			
Nom :		Année :	Date de naissance : (jj/mm/aaaa)
Diagnostic connu et/ou tout changement récent de l'état de santé et/ou administration de tests diagnostiques à venir :			
Les critères d'aiguillage ci-après doivent être respectés pour procéder à l'aiguillage :			
<input type="checkbox"/> La préoccupation est liée à la capacité de l'élève à accéder ou à participer au programme d'études (consultez la section « Domaines de préoccupation » ci-dessous). <input type="checkbox"/> Le fournisseur de soins a consenti à cet aiguillage vers des services de physiothérapie au Centre de traitement pour enfants de Chatham-Kent.			
Décrivez en détail l'objectif de l'aiguillage (obligatoire).			
DOMAINES DE PRÉOCCUPATION : (Sélectionnez tous les énoncés pertinents et fournissez des renseignements supplémentaires.)			
La capacité de l'élève à accéder au programme d'études est-elle affectée dans les domaines suivants?			
<input type="checkbox"/> Récréation/Terrain de jeu : <input type="checkbox"/> Gymnase : <input type="checkbox"/> Salle de classe :	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Incapable d'y accéder <input type="checkbox"/> Incapable d'y accéder <input type="checkbox"/> Incapable d'y accéder	Décrivez en détail :
Y a-t-il un problème de sécurité? (cochez tous les énoncés pertinents)			
<input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Transferts <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Gymnase <input type="checkbox"/> Équipement de jeu <input type="checkbox"/> Salle de classe Dans l'affirmative, veuillez décrire en détail :			
Quelle est la capacité de transfert de l'élève?			
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Dépendant (sélectionnez tous les énoncés pertinents) : <input type="checkbox"/> Lève-personne portatif <input type="checkbox"/> Lève-personne fixé au plafond <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Quelle est la capacité de mobilité de l'élève?			
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Autonome avec des aides <input type="checkbox"/> Supervision requise <input type="checkbox"/> Dépendant avec des aides			
Cet élève a-t-il besoin d'un nouvel équipement ou d'équipement adapté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Veuillez indiquer l'équipement en place pour aider l'élève.			
Renseignements/préoccupations supplémentaires : (sélectionnez tous les énoncés pertinents et fournissez des renseignements supplémentaires.)			
Démarche			
<input type="checkbox"/> Trébucher et tomber plus souvent que les autres enfants du même âge <input type="checkbox"/> Marche souvent sur les orteils <input type="checkbox"/> Utilise une attelle/un appareil orthopédique			
Escaliers			
<input type="checkbox"/> Difficulté à monter à bord de l'autobus scolaire et à en descendre <input type="checkbox"/> Difficulté à monter des escaliers ou à accéder au terrain de jeu en toute sécurité			
Force			
<input type="checkbox"/> Semble avoir une faible force corporelle générale, est « mou » <input type="checkbox"/> A de la difficulté à se lever ou à s'asseoir à son pupitre avec contrôle <input type="checkbox"/> A de la difficulté à maintenir une posture droite à son pupitre ou lorsqu'il est assis par terre <input type="checkbox"/> A de la difficulté à passer de la position debout à la position assise et vice-versa			
Motricité globale			
<input type="checkbox"/> Difficulté à attraper une balle <input type="checkbox"/> Difficulté à lancer une balle <input type="checkbox"/> Difficulté à dribbler/faire rebondir un ballon <input type="checkbox"/> Difficulté à frapper une balle/un moineau avec une raquette <input type="checkbox"/> Incapable de sauter sur un pied <input type="checkbox"/> Incapable de garder l'équilibre en se tenant sur un pied <input type="checkbox"/> Incapable de sauter à deux pieds <input type="checkbox"/> Diminution de l'endurance <input type="checkbox"/> Difficulté à suivre des consignes à une seule étape <input type="checkbox"/> Difficultés à suivre des consignes à plusieurs étapes			
ANTÉCÉDENTS :			
L'élève a-t-il déjà reçu des SRMS – Physiothérapie?		Veuillez décrire :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'élève est-il inscrit à d'autres SRMS (p. ex., SRMS – Ergothérapie, SRMS – Orthophonie)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Rempli le :		Date :	
Courriel :		Téléphone :	Poste :
Signature :			