



Services de réadaptation en milieu scolaire et processus auditif central

Formulaire d'aiguillage principal

Le parent/tuteur légal a consenti au présent aiguillage

Date : _____ Langue de préférence : Anglais Français Autre : _____

Langues parlées à la maison : Anglais Français Autre : _____

Un interprète est-il nécessaire pour communiquer avec le fournisseur de soins? Oui Non

Nom du client : _____ Date de naissance : _____ Homme Femme Autre : _____

Adresse : _____

Nom du ou des tuteurs légaux: _____ N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Problèmes de santé/troubles du développement: _____

Renseignements scolaires :

Nom de l'école : _____ Année : _____

Direction d'école : _____ Titulaire de classe: _____

Enseignant-ressource : _____

Personne à contacter pour des renseignements supplémentaires : _____ Poste: _____

Placement dans une classe : Ordinaire Enfance en difficulté Aptitudes à la vie quotidienne Autre : _____

Interventions/soutiens actuels de l'école :

PEI AE/travailleur de soutien au développement CIPR Enseignant-ressource

Technologie d'assistance Enrichissement Spécialistes de l'analyse comportementale appliquée Sourd et malentendant Aveugle/basse vision

Équipe multidisciplinaire de soutien de l'élève Équipe de soutien collaboratif Équipe de bien-être

Soutiens comportementaux

Date du dernier rapport de l'équipe d'orthophonie du conseil scolaire : _____ Rapport Annexé: Oui Non

Évaluation psychoéducationnelle terminée: Date: _____ (requis avant l'aiguillage, le cas échéant)

Autre (p. ex., LINCK) : _____

Évaluation demandée:

Ergothérapie Physiothérapie Orthophonie Audio seulement

Priorité audio pour les tests psychologiques Trouble du traitement auditif (TTA) (7 ans et plus et NE PAS avoir reçu un diagnostic de déficience intellectuelle)

Commentaires : _____

Quel est le résultat attendu de l'aiguillage? _____

Nom du client : _____ Date de naissance : _____

L'école doit participer au soutien de l'élève pendant qu'il fait partie du programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Les thérapeutes feront des recommandations à l'équipe de l'école que celle-ci devra mettre en œuvre. Veuillez cocher la case correspondant à la personne/au principal contact de l'école qui sera responsable d'assurer les suivis avec le thérapeute, ainsi qu'indiquer son nom et son adresse courriel :

Titulaire de classe : _____

Enseignant-ressource : _____

Direction d'école : _____

Autre : _____

ANTÉCÉDENTS D'ACCÈS AUX SERVICES :

L'élève a-t-il précédemment reçu des SRMS - ergothérapie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Année du congé : _____
L'élève a-t-il précédemment reçu des SRMS - physiothérapie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Année du congé : _____
L'élève a-t-il précédemment reçu des SRMS – orthophonie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Année du congé : _____
L'école utilise-t-elle les stratégies élaborées par le thérapeute, et fonctionnent-elles toujours, p. ex., stratégies de P4C (partenaires pour le changement), recommandations universelles, recommandations propres à une liste de clients précédents? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous communiqué avec les parents et les enseignants précédents pour passer en revue les interventions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Qu'est-ce qui a changé? Décrivez en détail. _____ _____	

VEUILLEZ INDIQUER LES FORMULAIRES DÛMENT REMPLIS/RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES INCLUS DANS LE PRÉSENT AIGUILLAGE :

- Liste de vérification de l'enseignant (**requis** pour les aiguillages en ergothérapie et en physiothérapie)
- Exemple de production écrite **OU** de dessin/coloriage si l'élève n'écrit pas encore (**requis** pour les aiguillages en technologie d'assistance et en ergothérapie pour troubles de motricité fine)
- Formulaire d'aiguillage en orthophonie
- Rapport d'orthophonie du conseil scolaire (le cas échéant)
- Autres rapports pour soutenir la nécessité d'une évaluation
- Objectifs applicables du Plan d'enseignement individualisé
- Questionnaire sur le PAC (requis pour les aiguillages en processus auditif central)
- Plan de sécurité (le cas échéant)

Enseignant-ressource : _____ Courriel : _____

La direction d'école est au courant du/des aiguillages ci-dessus vers le Centre de traitement pour enfants de Chatham-Kent
Veillez noter: La présence constante de l'étudiant est nécessaire pour assurer le succès des programmes d'intervention que nous fournissons.

Une fois le formulaire est rempli, veuillez l'envoyer par la poste, par messagerie ou par télécopieur (519 354-7355) ou, si le consentement parental a été obtenu, par courriel à cbottrill@ctc-ck.com. Pour obtenir de plus d'information sur le processus d'aiguillage, veuillez composer le 519 354-0520. La méthode d'envoi des formulaires est conforme aux directives de votre conseil scolaire.

355, rue Lark, Chatham (Ontario) N7L 5B2
Téléphone : 519 354-0520 Télécopieur : 519 354-7355 Sans frais : 1 833 241-0628

Dernière révision : Aug 24, 2024