

**FORMULAIRE D'ACCÈS AUX SERVICES D'APPUI ET D'IDENTIFICATION
POUR LES ÉLÈVES À RISQUES, HANDICAPÉS OU
EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION OU D'APPRENTISSAGE**

RÉFÉRENCE À LA DIRECTION

Objet :Demande de services Demande d'identification

Nom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

Niveau : _____

Enseignant(e) : _____

➤ **Veillez compléter les sections appropriées**

MOTIF DE LA DEMANDE*L'élève présente des difficultés...(besoins)* en lecture en écriture en mathématique autres matières de langage de comportement autres : _____**DESCRIPTION DE LA PROBLEMATIQUE**

Identification du code de difficulté actuel de l'élève s'il y a lieu :

L'élève bénéficie-t-il d'un plan d'intervention ? oui non **INTERVENTIONS DEJA EFFECTUEES PAR L'ENSEIGNANT(E)**

Difficultés (besoins) de l'élève :

Réponses apportées aux difficultés (besoins) :

Résultats obtenus :

Appels téléphoniques aux parents (dates et contenu sommaire des appels) :

Communications écrites aux parents (joindre les documents) :

Rencontres avec les parents ou l'élève (dates, objet, contenu sommaire) :

Autres :

SERVICES D'APPUI DEMANDES

<input type="checkbox"/> Formation spécifique <i>Précisez :</i> _____	<input type="checkbox"/> Soutien offert par des ressources qui interviennent auprès de l'élève
<input type="checkbox"/> Plan d'intervention <i>Précisez :</i> _____	1) TES <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accès à du matériel adapté <i>Précisez :</i> _____	2) Psychologue <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services externes (ex. : CLSC, équipe régionale de soutien) <i>Précisez :</i> _____	3) Orthopédagogue <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Classe spécialisée N.B. : Pour bénéficier de ce service, l'élève devra répondre aux critères d'admission en classe spécialisée <i>Précisez :</i> _____	4) Orthophoniste <input type="checkbox"/>
	5) Enseignant-ressource <input type="checkbox"/>
	6) Autres : _____
	<input type="checkbox"/> Autres services : _____ _____ _____

S'IL S'AGIT D'UNE PROBLEMATIQUE D'ORDRE COMPORTEMENTAL, VEUILLEZ COMPLETER LA SECTION SUIVANTE

Les troubles de comportement se caractérisent par :

<input type="checkbox"/> Persistance des comportements malgré l'application des conséquences prévues aux règles de conduite. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Difficulté marquée dans les relations avec les pairs. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attitude généralisée de retrait ou de passivité. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Capacité d'attention et de concentration réduite dans l'ensemble de sa vie scolaire. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Signature de l'enseignant(e)

Date

RÉPONSE DE LA DIRECTION

SERVICES D'APPUI ACCORDES

Tels que demandés
Autres : _____

Refus <input type="checkbox"/>	Remarques <input type="checkbox"/>

Signature de la direction de l'école

Date