

**FORMULAIRE POUR LES EHDA**

**(services et évaluation)**

Recommandé par le comité paritaire Capitale

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) : _____

> Veuillez compléter les sections appropriées

MOTIF DE LA DEMANDE	
L'élève présente des difficultés...(besoins)	
<input type="checkbox"/> en lecture <input type="checkbox"/> en écriture <input type="checkbox"/> en mathématique <input type="checkbox"/> autres matières	<input type="checkbox"/> de langage <input type="checkbox"/> de comportement <input type="checkbox"/> autres : _____
DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE	
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
INTERVENTIONS DÉJÀ EFFECTUÉES 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 :	

**Référence :**

- 8-9.06
- 8-9.07
- 8-9.08
- 8-9.09
- 8-9.10
- 8-9.11
- 8-9.13

SERVICES D'APPUI DEMANDÉS	
<input type="checkbox"/> Formation spécifique <i>Précisez :</i> _____ <input type="checkbox"/> Plan d'intervention <i>Précisez :</i> _____ <input type="checkbox"/> Accès à du matériel adapté <i>Précisez :</i> _____ <input type="checkbox"/> Services externes (ex. : CLSC, équipe régionale de soutien) <i>Précisez :</i> _____ <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> _____	<input type="checkbox"/> Soutien offert par des ressources qui interviennent auprès de l'élève 1) TES <input type="checkbox"/> 2) Psychologue <input type="checkbox"/> 3) Orthopédagogue <input type="checkbox"/> 4) Orthophoniste <input type="checkbox"/> 5) Enseignant-ressource <input type="checkbox"/> 6) Autres : _____ <input type="checkbox"/> Autres services : _____ _____

S'IL S'AGIT D'UNE PROBLÉMATIQUE D'ORDRE COMPORTEMENTAL	VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE
<b>Les troubles de comportement se caractérisent par :</b>	
<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 ACCORDÉS
Tels que demandés <input type="checkbox"/> Autres : _____

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

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction de l'école

\_\_\_\_\_  
Date