

FORMULAIRES POUR LES EHDA

(services et évaluation)



FORMULAIRE D'ACCÈS AUX SERVICES D'APPUI
POUR LES ÉLÈVES À RISQUES, HANDICAPÉS OU
EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION ET D'APPRENTISSAGE
(PARTIE A)
(DEMANDE D'ÉVALUATION DE LA SITUATION)

RÉFÉRENCE À LA DIRECTION

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Niveau : _____	Enseignant : _____

™ Veuillez compléter les sections appropriées

MOTIF DE LA DEMANDE	
<i>L'élève présente des difficultés...(besoins)</i>	
<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 :	

Référence :

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

Suite au verso

INTERVENTIONS DÉJÀ EFFECTUÉES (SUITE)

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

Formation spécifique

Précisez : _____

Plan d'intervention

Précisez : _____

Accès à du matériel adapté

Précisez : _____

Services externes

(ex. : CLSC, équipe régionale de soutien)

Précisez : _____

Classe spécialisée

N.B. : Pour bénéficier de ce service, l'élève
devra répondre aux critères d'admission en
classe spécialisée

Précisez : _____

Soutien offert par des ressources qui interviennent
auprès de l'élève

1) TES

2) Psychologue

3) Orthopédagogue

4) Orthophoniste

5) Enseignant-ressource

6) Autres : _____

Autres : _____

S'IL S'AGIT D'UNE PROBLÉMATIQUE D'ORDRE COMPORTEMENTAL,

**VEUILLEZ COMPLETER LA
SECTION SUIVANTE**

Les troubles de comportement se caractérisent par :

	oui	non
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persistance des comportements malgré l'application des conséquences prévues aux règles de conduite. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____ 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté marquée dans les relations avec les pairs. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____ 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitude généralisée de retrait ou de passivité. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____ 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité d'attention et de concentration réduite dans l'ensemble de sa vie scolaire. Manifestation(s) observée(s) : _____ _____ 		

Signature de l'enseignant(e)

Date

**FORMULAIRE D'ACCÈS AUX SERVICES D'APPUI
 POUR LES ÉLÈVES À RISQUES, HANDICAPÉS OU
 EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION ET D'APPRENTISSAGE
 (PARTIE A)
 (DEMANDE D'ÉVALUATION DE LA SITUATION)**

RÉPONSE DE LA DIRECTION

(8-9.08 C.C.)

Nom de l'enseignant(e) qui a fait la demande : _____
Décision relative à la situation de : _____ (nom de l'élève)

SERVICES D'APPUI ACCORDÉS	
<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>	13) TES <input type="checkbox"/> 14) Psychologue <input type="checkbox"/> 15) Orthopédagogue <input type="checkbox"/> 16) Orthophoniste <input type="checkbox"/> 17) Enseignant-ressource <input type="checkbox"/> 18) Autres : _____
<input type="checkbox"/> Accès à du matériel adapté <i>Précisez : _____</i>	<input type="checkbox"/> Autres : _____ _____ _____ _____
<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>	

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

Signature de la direction de l'école

Date

**FORMULAIRE D'ACCÈS AUX SERVICES D'APPUI
 POUR LES ÉLÈVES À RISQUES, HANDICAPÉS OU
 EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION ET D'APPRENTISSAGE
 (PARTIE B)
 (DEMANDE DE RÉÉVALUATION DE LA SITUATION)**

RÉFÉRENCE À LA DIRECTION

Date de la référence à la direction (partie A ou autres modalités convenues avec la direction) :

Objet de la réévaluation

Ajout de services

Identification de l'élève

Autres Précisez : _____

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Niveau : _____	Enseignant(s) : _____

™ Veuillez compléter les sections appropriées

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

INTERVENTIONS DÉJÀ EFFECTUÉES (SUITE)

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

Formation spécifique

Précisez : _____

Plan d'intervention

Précisez : _____

Accès à du matériel adapté

Précisez : _____

Services externes

(ex. : CLSC, équipe régionale de soutien)

Précisez : _____

Classe spécialisée

N.B. : Pour bénéficier de ce service, l'élève
devra répondre aux critères d'admission en
classe spécialisée

Précisez : _____

Soutien offert par des ressources qui interviennent
auprès de l'élève

7) TES

8) Psychologue

9) Orthopédagogue

10) Orthophoniste

11) Enseignant-ressource

12) Autres : _____

Autres : _____

S'IL S'AGIT D'UNE PROBLÉMATIQUE D'ORDRE COMPORTEMENTAL,

**VEUILLEZ COMPLÉTER LA
SECTION SUIVANTE**

Les troubles de comportement se caractérisent par :

oui non

▪ Persistance des comportements malgré l'application des conséquences prévues aux règles de conduite.

Manifestation(s) observée(s) : _____

▪ Difficulté marquée dans les relations avec les pairs.

Manifestation(s) observée(s) : _____

▪ Attitude généralisée de retrait ou de passivité.

Manifestation(s) observée(s) : _____

▪ Capacité d'attention et de concentration réduite dans l'ensemble de sa vie scolaire.

Manifestation(s) observée(s) : _____

Signature de l'enseignant(e)

Date

**FORMULAIRE D'ACCÈS AUX SERVICES D'APPUI
 POUR LES ÉLÈVES À RISQUES, HANDICAPÉS OU
 EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION ET D'APPRENTISSAGE
 (PARTIE B)
 (DEMANDE DE RÉÉVALUATION DE LA SITUATION)**

RÉPONSE DE LA DIRECTION

Objet de la réévaluation

Ajout de services

Identification de l'élève

Autres

Précisez : _____

Nom de l'enseignant(e) qui a fait la demande : _____

Décision relative à la situation de : _____
 (nom de l'élève)

SERVICES D'APPUI ACCORDÉS

Formation spécifique

Précisez : _____

Plan d'intervention

Précisez : _____

Accès à du matériel adapté

Précisez : _____

Services externes

(ex. : CLSC, équipe régionale de soutien)

Précisez : _____

Classe spécialisée

N.B. : Pour bénéficier de ce service, l'élève devra répondre aux critères d'admission en classe spécialisée

Précisez : _____

Soutien offert par des ressources qui interviennent auprès de l'élève

19) TES

20) Psychologue

21) Orthopédagogue

22) Orthophoniste

23) Enseignant-ressource

24) Autres : _____

Autres : _____

Refus

Remarques

Signature de la direction de l'école _____

Date _____