##### 

##### 

##### PARTENARIAT D’INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN MILIEU SCOAIRE (SCIP)

##### FORMULAIRE DE RECOMMANDATION

Par courriel à [information@scipinlondon.com](mailto:information@scipinlondon.com) ou par FAX: 519-432-0056

***Veuillez remplir toutes les sections.***

Date:        CSC Providence  CS Viamonde

# A/M/J

# 

# \*Consentement de parent / tuteur obtenus: Oui

# 

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATION SUR L’ÉLÈVE:Nom: | DDN: (A/M/J) |
| Adresse avec code postal: | |
| N° de téléphone:  Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non | Sexe:  Masculin  Féminin **Age:** |

# 

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION SUR L’ÉCOLE:**  École qui fait la recommandation : | Niveau scolaire:   Nombre d’élève dans la classe : |
| Téléphone :  Adresse: | Directeur/Directrice:  Enseignant(e):  Courriel de l’enseignant(e): |
| **RESSOURCES UTILISÉES EN MILIEU SCOLAIRE: *MAINTENANT OU DANS LE PASSÉ*** | |
| **Services de comportement:**  Oui  Non  Si oui, quand:  Service:  Si oui, sont-ils au courant de cette recommandation?  Oui  Non  Nom:  Courriel:  N ° de téléphone:       Poste: | **Travailleur (euse) social(e) :**  Oui  Non  Si oui, quand:  Le/la travailleur(euse) social(e) est au courant de cette recommandation?  Oui  Non  Nom:  N ° de téléphone:  Courriel: |
| **Psychologue :**  Oui  Non  Si oui, quand :  Nom :  N° de téléphone :   Courriel : | **Contact principal ou personne-ressource de l’école pour ce dossier :** ***(informations requises)***  Nom :  Poste :  N° de téléphone :   Courriel : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORMATION SUR LES PARENTS/TUTEURS: Nom du parent / tuteur # 1 et la langue parlée : | Lien: | Parent ayant la garde :  Oui  Non |
| Adresse domiciliaire (si différente de celle de l’enfant) :    Adresse courriel : | | N° de téléphone à la maison :    Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non |
| N° de Cellulaire:    Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non |
| Lieu de travail: | | N° au travail:    Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non |
| Nom du parent / tuteur # 2 et la langue parlée : | Lien: | Parent ayant la garde :  **□** Oui **□** Non |
| Adresse domiciliaire (si différente de celle de l’enfant) :    Adresse courriel : | | N° de téléphone à la maison :    Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non |
| N° de Cellulaire:    Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non |
| Lieu de travail: | | N° au travail:    Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message?  Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Décrivez les comportements qui ont mené à cette recommandation. Faites des commentaires sur les résultats scolaires, l’assiduité et les relations sociales et avec les pairs, au besoin.** **Comprennent également les stratégies déjà en place dans un effort pour soutenir l’élève.**    **Forces de l’élève (point de vue de l’école):**    **Besoins de l’élève de la famille (point de vue de l’école):**    **Le point de vue de l'école face aux résultats attendus ainsi que les objectifs pour l’élève:**    **\*\*\* S'il vous plaît joindre les évaluations précédentes ou d'autres documents**  **qui peuvent aider à la recommandation \*\*\*\*** | |
| **Soutien en classe (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) maintenant ou dans le passé**    Assistant en éducation  Steps for Success  Bénévole en classe  Aide par les pairs  Soutien technologique (Veuillez décrire)  Journée Modifiée (Veuillez décrire)  Adaptation Sensorielle / Environnemental (Veuillez décrire)  CIPR :  Oui  Non Si oui, type d’exceptionnalité:  PEI :  Oui  Non Si oui, copie ci- jointe?  Oui  Non  Plan comportemental en place:  Oui  Non Si oui, copie ci-jointe?  Oui  Non  Plan de sécurité en place :  Oui  Non Si oui, copie ci-jointe?  Oui  Non   |  |  | | --- | --- | | **Évaluation / Observation en milieu scolaire** | | | Psychologie | Oui  Non | | Scolaire | Oui  Non | | Orthophonie | Oui  Non | | Enseignant ressource en matière de comportement | Oui  Non | | Ergothérapie | Oui  Non | | Autre (veuillez indiquer): | | | |
| Connaissance de participation ou accès aux **programmes / agences communautaires / évaluations/ diagnostique**: | |
| *Date (J/M/A))* | *Nome et Signature de la personne de contact principale (****Requis****)* |
| *Date(J/M/A)* | *Consentement verbal (nome et fonction) du directeur ou de la directrice ou la signature (****Requis****)* |
| *Date (J/M/A)* | **CONSENTEMENT Verbal – Nom du Parent / Tuteur ou la Signature**  J’accepte que l’information dans la recommendation ci-dessus soit partagé/echangé avec le conseil scolaire et SCIP/Vanier dans le but d’accéder aux services.      *Parent / tuteur Nom ou signature (****Requis)*** |

**September 2025 MVCS.SCIP.07**