#####

#####

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

##### FORMULAIRE DE RECOMMANDATION

 Par courriel à 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 [ ]  NonSi oui, quand:      Service:      Si oui, sont-ils au courant de cette recommandation? [ ]  Oui [ ]  NonNom:      Courriel:      N ° de téléphone:       Poste:       | **Travailleur (euse) social(e) :** [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, quand:      Le/la travailleur(euse) social(e) est au courant de cette recommandation? [ ]  Oui [ ]  NonNom:      N ° de téléphone:      Courriel:        |
| **Psychologue :** [ ]  Oui [ ]  NonSi 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 [ ]  NonPlan comportemental en place: [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, copie ci-jointe? [ ]  Oui [ ]  NonPlan 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**