

PARTENARIAT D'INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN MILIEU SCOLAIRE (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:		Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		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: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand: Service: Si oui, sont-ils au courant de cette recommandation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom: Courriel: N ° de téléphone: <input type="checkbox"/> Poste:		Travailleur (euse) social(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand: Le/la travailleur(euse) social(e) est au courant de cette recommandation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom: N ° de téléphone: Courriel:

Psychologue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand : Nom : N° de téléphone : Courriel :	Contact principal ou personne-ressource de l'école pour ce dossier : (<i>informations requises</i>) 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse domiciliaire (si différente de celle de l'enfant) :		N° de téléphone à la maison : Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse courriel :		N° de Cellulaire: Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de travail:		N° au travail: Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du parent / tuteur # 2 et la langue parlée :	Lien:	Parent ayant la garde : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse domiciliaire (si différente de celle de l'enfant) :		N° de téléphone à la maison : Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse courriel :		N° de Cellulaire: Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de travail:		N° au travail: Est-ce que le parent donne son consentement à SCIP à laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Orthophonie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enseignant ressource en matière de comportement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre (veuillez indiquer):		

Connaissance de participation ou accès aux **programmes / agences communautaires / évaluations/ diagnostique:**

	<i>Nome et Signature de la personne de contact principale (Requis)</i>
<i>Date (J/M/A))</i>	<i>Consentement verbal (nom et fonction) du directeur ou de la directrice ou la signature (Requis)</i>

	<p>CONSENTEMENT Verbal – Nom du Parent / Tuteur ou la Signature</p> <p>J'accepte que l'information dans la recommandation ci-dessus soit partagé/échangé avec le conseil scolaire et SCIP/Vanier dans le but d'accéder aux services.</p> <p><i>Date (J/M/A)</i></p> <p><i>Parent / tuteur Nom ou signature (Requis)</i></p>
--	--