



**PARTENARIAT D'INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN MILIEU SCOLAIRE (SCIP)**  
**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION**

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

***Veillez remplir toutes les sections.***

Date:  CSC Providence  CS Viamonde  
 A/M/J

\*Consentement de parent / tuteur obtenus:  Oui

<b>INFORMATION SUR L'ÉLÈVE:</b> 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		<b>Age:</b>	
<b>INFORMATION SUR L'ÉCOLE:</b> École qui fait la recommandation :		Niveau scolaire: Nombre d'élève dans la classe :	
Téléphone : Adresse:		Directeur/Directrice: Enseignant(e): Courriel de l'enseignant(e):	
<b>RESSOURCES UTILISÉES EN MILIEU SCOLAIRE: <i>MAINTENANT OU DANS LE PASSÉ</i></b>			
<b>Services de comportement:</b> <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:                      Poste:		<b>Travailleur (euse) social(e) :</b> <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:	

<b>Psychologue :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand : Nom : N° de téléphone : Courriel :	<b>Contact principal ou personne-ressource de l'école pour ce dossier : <u>(informations requises)</u></b> Nom : Poste : N° de téléphone : Courriel :
---	---

<b>FORMATION SUR LES PARENTS/TUTEURS:</b>			
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

<b>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. Comprenez également les stratégies déjà en place dans un effort pour soutenir l'élève.</b>
--

**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:**

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)*

<p><i>Date (J/M/A)</i></p>	<p><b>CONSENTEMENT Verbal – Nom du Parent / Tuteur ou la Signature</b> 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>Parent / tuteur Nom ou signature (Requis)</i></p>
----------------------------	--