|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | ***RÉFÉRENCE EN ERGOTHÉRAPIE*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | ER-01 | | | | | | | | | |
| **NOTE :** **Joindre** à cette feuille l'autorisation du parent pour que l'enfant soit observé ou évalué (**formulaire EA-01**) et **acheminer vos formulaires au Centre administratif de Sainte-Marie.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *IDENTIFICATION* | | | |  | | | | | | | | | École : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l'enfant : | | |  | | | | | | | | | | Date de naissance : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sexe : | | M  F | |
| Niveau : |  | | | | | | | Nom du professeur : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Éducation spécialisée (nom) : | | | | |  | | | | | | | | | | | Nombre d’heures : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Orthopédagogie (nom) : | | | | |  | | | | | | | | | | | Fréquence : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nom des parents (père) : | | | | |  | | | | | | | | | | | (mère) : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | |  | | | | | | | | | | | | | | Code postal : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de téléphone (rés.) : | | | | | |  | | | | (travail) : père : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | mère : | | | |  | | |
| Enfant qui a déjà bénéficié de services en ergothérapie : | | | | | | | | | | | Non | | | | | | Évalué seulement | | | | | | | | | |  | | Suivi à chaque semaine | | | | |  |
| Quand? | |  | | | | | | | | | | | | Où? | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-il suivi en orthophonie? | | | | | non  oui | | | | en physiothérapie? | | | | | | | | | | non  oui | | | | | | | Où? | | | |  | | | | |
| L’enfant est-il suivi par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | non  oui | | | | Nom de l’éducatrice : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Situation familiale particulière? (ex. : interdiction de contact avec un des parents, ordonnance de la cour, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | non  oui | | | | Précisez : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quelles sont les actions que vous avez entreprises auprès de cet élève (orthopédagogue, plan d’intervention, adaptation de l’enseignement, échange avec d’autres intervenants, éducation spécialisée, évaluation en psychologie, …)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L’élève a-t-il un diagnostic connu ou est-il en investigation (TDAH, dysphasie, anxiété, etc.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***AUTRES INFORMATIONS*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) But de la référence : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Observations en classe, recommandations et/ou suggestions d’activités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Évaluation complète pour clarifier le diagnostic, références externes, … | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Évaluation pour élaboration d’un plan de travail et participation au PI (Présence au PI, suivi équipement) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) Décrivez en vos propres mots les motifs vous incitant à référer cet élève :  (manque de dextérité, n’a pas de préférence manuelle, échappe fréquemment les objets, réactions exagérées aux bruits ou à certaine texture, difficultés à reproduire les formes simples, manque d’autonomie, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) Autres problèmes (attention-concentration, comportement, problème de langage, problème de mémoire) ou remarques : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) Attentes face à l’intervention demandée? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature du référent | | | | | | | | | | | | | | | Signature du directeur ou directrice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Date : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |