**RÉFÉRENCE EN PSYCHOLOGIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | | | | | | | | | | | École : | | |  | | | | |
| Nom de l’enfant : | | | |  | | | | | | | Date de naissance : | | |  | Sexe : F  M | | | |
| Niveau : | |  | | | | | | | | | Nom du professeur : | | |  | | | | |
| Nom des parents : Mère : | | | | | |  | | | | | Père : | | |  | | | | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | Code postal : | | |  | | | | |
| Numéro de téléphone à la résidence : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Numéro de téléphone au travail (père) : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Numéro de téléphone au travail (mère) : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Adresse courriel personnelle (14 ans et plus) : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Plan d’intervention actif ? : | | | | | | | | | Oui  Non | | | | PSII actif ? : | | | | Oui  Non | |
| Est-il suivi en orthophonie ? : | | | | | | | | | Oui  Non | | | | Est-il suivi en ergothérapie ? : | | | | Oui  Non | |
| Est-il suivi en psychoéducation ? : | | | | | | | | | Oui  Non | | | | Est-il suivi en orthopédagogie ? : | | | | Oui  Non | |
| Est-il suivi en éducation spécialisée ? : | | | | | | | | | Oui  Non | | |  | | | | |  | |
| L’enfant est-il suivi par des partenaires externes ? | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | |
| **Si oui** **:** | Nom de l’organisme : | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | Nom de l’intervenant et coordonnées : | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Situation familiale particulière ? ex. : interdiction de contact avec un des parents, ordonnance de la cour, etc.) : Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Les parents sont-ils au courant de cette référence ? : | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | |
| **Si oui :** | Précisez : | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Quelles sont les actions que vous avez entreprises auprès de cet élève (ex. : rencontre avec les parents, plan d’intervention, adaptation de l’enseignement, échange avec d’autres intervenants, éducation spécialisée, etc.) ? : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTRES INFORMATIONS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Motif de consultation. Décrivez, en vos propres mots, les motifs vous incitant à référer cet élève : (ex. : démotivation scolaire, anxiété, difficulté d’attention, difficultés d’apprentissage, refus scolaire, relations sociales difficiles, vécu un événement stressant ou traumatisant, retard dans son développement, refus de faire les tâches, présences de tics, tristesse, etc.) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. But de la référence : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Évaluation formelle pour clarifier le diagnostic, références externes, etc. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Rencontre individuelle | | | | | | | | | | | |
| 1. Autres commentaires : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Signature du référent Signature de la direction **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Date