

Nom de l'élève :		Prénom :	
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Date de Naissance (jj/mm/aaaa)	
N° de carte Santé :		Code de version	
Adresse du domicile :			N° d'app. :
Ville:		Province:	Code Postal:
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	
Nom:		Name:	
Téléphone:		Téléphone:	
Domicile:		Domicile:	
Cellulaire:		Cellulaire:	
Travail:		Travail:	
Langues parlées à la maison : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre:			
Interprète requis? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ouis <input type="checkbox"/> Spcifier:			
Nom de l'école :		Année d'études :	
Adresse de l'école:			
Téléphone:		Télécopieur	

Services Requested	
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie – Remplir page 2 et la Demande de services d'ergothérapie (page 3)
<input type="checkbox"/>	Physiothérapie – Remplir page 2 et la Demande de services de physiothérapie (page 4)
<input type="checkbox"/>	Orthophonie – Remplir page 2 et la Demande de services d'orthophonie (page 5)

Additional Information	
<input type="checkbox"/>	Problèmes de comportement :
<input type="checkbox"/>	Problèmes de sécurité :
<input type="checkbox"/>	Problèmes d'ordre médical/diagnostic :
<input type="checkbox"/>	Autres organismes s'occupant de l'enfant :

Consentement verbal au renvoi obtenu auprès du parent ou tuteur le (jj/mm/aaaa) :
--

400 McKeown Ave.
North Bay, ON P1B 0B2
1-866-626-9100 Tel: (705) 476-5437 Fax: (705) 474-0127

86 Gibson St., Suite 143
Parry Sound, ON P2A 1X5
1-855-746-6287 Tel: (705) 746-5324 Fax: (705)746-5324

« Des renseignements personnels sont recueillis à l'aide de ce formulaire conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée et la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Ces renseignements sont recueillis dans le but d'offrir les soins de santé requis par les clients. Les questions concernant la collecte de ces renseignements devraient être posées à La place des enfants, 400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2. Téléphone : 705-476-5437. »

This form is available in English

Nom de l'élève:	Prénom:	Date de naissance: (jj/mm/aaaa)
-----------------	---------	------------------------------------

Indiquez les raisons justifiant le ou les services demandés. Quelles répercussions les difficultés de l'élève ont-elles sur sa participation aux activités scolaires courantes ou sur sa capacité à recevoir l'instruction?

Cet élève reçoit-il un soutien de l'enseignant-ressource ou de l'aide-enseignant? Le cas échéant, expliquez.

Cet élève reçoit-il un soutien de l'enseignant-ressource ou de l'aide-enseignant? Le cas échéant, expliquez.

Quelles modifications, le cas échéant, avez-vous mises en œuvre pour aider l'élève (p. ex., place privilégiée où s'asseoir, attentes modifiées, temps supplémentaire, matériel, accès à un ordinateur en salle de classe, programme d'écriture, papier ligné, gaines de crayon, etc.)?

Quels tests spécialisés, le cas échéant, ont été effectués ou sont prévus (p. ex., évaluation psychométrique, évaluation du langage)?

Veillez fournir tout autre renseignement que vous jugez important pour comprendre le besoin en services de santé à l'école.

Please Attach all Relevant Documents and Reports that will Support this Referral.

<input type="checkbox"/> Évaluation psychopédagogique	<input type="checkbox"/> Rapports de précédents fournisseurs
<input type="checkbox"/> Plan d'enseignement individualisé (PEI)	<input type="checkbox"/> Rapports de médecins ou de spécialistes
<input type="checkbox"/> Comité d'identification, de placement et de révision (CIPR)	

Rempli par:	Date: (jj/mm/aaaa):
Nom en caractères d'imprimerie	Signature / titre
	Date: (jj/mm/aaaa):

« Des renseignements personnels sont recueillis à l'aide de ce formulaire conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée et la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Ces renseignements sont recueillis dans le but d'offrir les soins de santé requis par les clients. Les questions concernant la collecte de ces renseignements devraient être posées à La place des enfants, 400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2. Téléphone : 705-476-5437. »

This form is available in English

À REMPLIR ET À SOUMETTRE AVEC LE RENVOI VERS LES SERVICES DE SANTÉ DANS LES ÉCOLES LORSQUE DES SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE SONT DEMANDÉS

Nom de l'élève:	Prénom:	Date de naissance: (aa/jj/aaaa)
-----------------	---------	------------------------------------

Accessibilité, transferts et mobilité (ATM) : L'enfant a un handicap lié à une invalidité de longue durée telle qu'un traumatisme ou une chirurgie et a besoin d'aide pour accéder à l'école, ainsi que pour les transferts sécuritaires, la mobilité et le positionnement.

Activités de la vie quotidienne (AVQ) : L'enfant a un retard dans l'acquisition de l'autonomie pour les soins personnels qui entrave sa participation aux routines à l'école comme aller aux toilettes, se nourrir et s'habiller.

Productivité : Les enfants de cinq ans ou plus dont le rendement est de loin inférieur aux attentes du curriculum de l'école en raison de problèmes de motricité fine ou de problèmes visuomoteurs ou de perception, malgré la mise en œuvre d'interventions ou de stratégies scolaires. L'enfant a toujours de la difficulté à copier les formes et les lettres après l'âge auquel s'acquiert ce habiletés et continue d'inverser des lettres ou des chiffres après la 2^e année d'études.

Acuité sensorielle : L'enfant a des problèmes de traitement sensoriel tels qu'une sensibilité au bruit, aux textures, aux lumières et à la proximité d'autres personnes ou des tendances d'exploration telles que porter les objets à sa bouche, ce qui entrave sa participation à l'école ou l'empêche de recevoir l'instruction. La difficulté doit se prêter au changement et ne pas tenir uniquement aux facteurs sensoriels du milieu familial tels que les choix de vêtements ou la texture des collations. L'enfant peut avoir des comportements d'évitement ou d'autostimulation, également une agitation, et ressentir de la détresse ou une crainte.

Problèmes constatés (cocher toutes les cases pertinentes)		À noter: les services <u>ne sont pas offerts</u> pour:
<input type="checkbox"/>	Les recommandations d'ergothérapie mises en place dans le passé ne sont plus pertinentes ou applicable à l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Les aides technologiques, les ressources et les adaptations déjà en place • Difficultés avec les AVQ seulement reliés à mettre ou enlevé le linge de dehors. • Les enfants avec des comportements agités/perturbateurs ou des difficultés avec la fonction exécutive, l'autorégulation, l'organisation ou la planification, mais qui n'ont pas de problèmes sensorielles • Les problèmes intermittents (c.-à-d. non quotidiennes ou non-constant) • Les problèmes de langage (e.g. l'orthographe, dyslexie) • L'enfant qui ont besoin d'outils pour gauchers • Les problèmes liés aux choix faits à la maison (e.g. soulier lacets vs Velcro) • Les cas où le matériel requis peut être envoyé pas la maison (ex. Atelles de bras)
<input type="checkbox"/>	L'enfant doit être évalué pour recevoir un matériel adapté	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin des adaptations à son pupitre ou à sa chaise	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin de dispositifs ou de matériel pour les AVQ (e.g. ustensils adaptés)	
<input type="checkbox"/>	Gaine de crayons/préhension du crayon	
<input type="checkbox"/>	Utilisation des ciseaux	
<input type="checkbox"/>	Lisibilité de l'écriture en caractère d'imprimerie (e.g. taille des lettres, espaces entre les mots)	
<input type="checkbox"/>	Rapidité de l'écriture en caractère d'imprimerie	
<input type="checkbox"/>	Coordination des yeux et des mains	
<input type="checkbox"/>	Main dominante	
<input type="checkbox"/>	Acuité sensorielle (e.g. facilement perturbé/se laisse distraire par les bruits forts ou inattendus, les lumières vives, évitement/n'aime pas la sensation de certains objets)	
<input type="checkbox"/>	Tendances d'exploration (e.g. porte des objets à sa bouche ou les renifle)	
<input type="checkbox"/>	Habitude de se bercer ou de se balancer.	

Rempli par:	Date: (jj/mm/aaaa):
-------------	---------------------

« Des renseignements personnels sont recueillis à l'aide de ce formulaire conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée et la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Ces renseignements sont recueillis dans le but d'offrir les soins de santé requis par les clients. Les questions concernant la collecte de ces renseignements devraient être posées à La place des enfants, 400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2. Téléphone : 705-476-5437. »

This form is available in English

**À REMPLIR ET À SOUMETTRE AVEC LE RENVOI VERS LES SERVICES DE SANTÉ DANS LES ÉCOLES
LORSQUE DES SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPIE SONT DEMANDÉS**

Nom de l'élève:	Prénom:	Date de naissance: (aa/jj/aaaa)
-----------------	---------	------------------------------------

Motricité globale : L'enfant a un handicap lié à une invalidité de longue durée, par exemple un problème de coordination, la dystrophie musculaire, la paralysie cérébrale, le spina-bifida, un traumatisme ou une chirurgie, qui diminue sa capacité à participer aux activités scolaires courantes ou au curriculum. L'enfant a un retard important du développement, ou de la difficulté à coordonner ses mouvements, par exemple pour utiliser les escaliers, jouer au ballon, marcher ou courir, ainsi que peu d'endurance physique.

Orthopédie : L'enfant a un trouble lié à une affection orthopédique qui diminue sa capacité à fréquenter l'école et à participer aux activités scolaires courantes. L'enfant a besoin d'un matériel adapté pour faciliter son rétablissement ou sa mobilité tout en prévenant les blessures à lui-même et aux éducateurs. Le personnel scolaire doit se voir proposer des interventions et des stratégies au besoin.

Fonction respiratoire : Un trouble respiratoire entraîne chez l'enfant des sécrétions pulmonaires qui diminuent sa capacité respiratoire à l'école. (La nécessité du service doit être étayée par un ordre du médecin). Le physiothérapeute apprendra au personnel scolaire les techniques et les stratégies utiles.

Problèmes constatés (cocher toutes les cases pertinentes)		À noter: les services <u>ne sont pas offerts</u> pour:
<input type="checkbox"/>	Les difficultés de l'enfant ont une incidence sur sa sécurité ou sa capacité à participer au curriculum ou aux activités scolaires courantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants qui ont un développement normal • Les enfants qui ont subi une blessure liée aux sports ou aux loisirs • Les enfants qui ont développés des problèmes musculo-squelettiques liés à la croissance ou une prise de poids
<input type="checkbox"/>	L'enfant a un retard qui l'empêche d'exécuter les tâches scolaires quotidiennes propres à son âge.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a cinq ans ou plus et présente un retard fonctionnel de la motricité globale de 12 à 18 mois par rapport à son groupe d'âge.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a des problèmes d'amplitude du mouvement ou de contracture articulaire qui diminuent sa capacité à participer au curriculum ou aux activités scolaires courantes.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin d'un matériel favorisant la mobilité ou l'amplitude du mouvement.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a des problèmes de coordination qui ont une incidence sur ses transferts, sa démarche, son contrôle postural et sa sécurité.	
<input type="checkbox"/>	L'éducateur est capable d'appliquer les interventions ou l'enseignement proposés par le physiothérapeute	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a des sécrétions pulmonaires qui diminuent sa capacité respiratoire à l'école. (Un médecin doit donner des ordres concernant les soins.)	

Rempli par:	Date: (jj/mm/aaaa):
-------------	---------------------

« Des renseignements personnels sont recueillis à l'aide de ce formulaire conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée et la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Ces renseignements sont recueillis dans le but d'offrir les soins de santé requis par les clients. Les questions concernant la collecte de ces renseignements devraient être posées à La place des enfants, 400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2. Téléphone : 705-476-5437. »

This form is available in English

**À REMPLIR ET À SOUMETTRE AVEC LE RENVOI VERS LES SERVICES DE SANTÉ DANS LES ÉCOLES
LORSQUE DES SERVICES D'ORTHOPHONIE SONT DEMANDÉS**

Nom de l'élève:	Prénom:	Date de naissance: (aa/jj/aaaa)
-----------------	---------	------------------------------------

Articulation : L'enfant a de la difficulté à produire des sons, ce qui se répercute sur l'intelligibilité du langage. Ce problème peut découler d'un retard des habiletés motrices verbales, d'un traumatisme ou d'un processus pathologique.

Fluidité : Les sons, les syllabes, les mots et les phrases manquent d'harmonie ou ne coulent pas, de sorte que l'intelligibilité du langage est réduite, ou l'enfant évite certains sons ou certaines situations de communication, p. ex., le bégaiement.

Voix (problème lié à la sonorité ou à la phonation) : La résonance d'une partie du tractus vocal est modifiée ou dysfonctionnelle. Problèmes de phonation tels que le timbre, le son ou l'intensité venant des cordes vocales dans le larynx.

Dysphagie : L'enfant a de la difficulté à avaler.

Communication non verbale : La production de la parole chez l'enfant est inexistante ou gravement atteinte. L'enfant a suffisamment d'habiletés langagières pour permettre l'utilisation d'un appareil de suppléance à la communication.

Langage () : L'enfant a un retard de langage réceptif ou de langage expressif, notamment la capacité à comprendre le langage, à le traiter et à l'utiliser.

Cocher toutes les cases pertinentes		À noter : les services <u>ne sont pas offerts pour</u> :
<input type="checkbox"/>	L'enfant a cinq ans ou plus et de la difficulté à prononcer l'un de ces sons : m, h (en anglais), w, p, b, t, d, n, f, y (<i>yogourt</i>), k, g .	<ul style="list-style-type: none"> • Missing front teeth. • A child has the skills, yet does not apply the knowledge, or is not motivated to improve. • Child's speech sounds are mildly delayed (e.g. 2 or less inconsistent speech sound errors);
<input type="checkbox"/>	L'enfant a six ans ou plus et de la difficulté à prononcer l'un des sons <u>ci-dessus</u> ou des sons suivants : v, gn, l et les groupes consonantiques avec « l » (<i>pl, bl, fl, cl, gl</i>), s et les groupes consonantiques avec « s » (<i>sp, sm, sn, sk, sl, sw, st</i>), ch, tch, th (en anglais) et dj (<i>jump</i> , en anglais).	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a sept ans ou plus et de la difficulté à prononcer l'un des sons <u>ci-dessus</u> , ainsi que z et r .	
<input type="checkbox"/>	L'enfant bégaié.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a une voix nasale, gutturale ou rauque.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a un timbre de voix trop aigu ou trop grave.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a une voix trop forte ou trop faible.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant bénéficie d'un renvoi médical pour une évaluation de la déglutition.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a un retard de langage réceptif ou de langage expressif.	
<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin d'un appareil de suppléance à la communication	

Rempli par:	Date: (jj/mm/aaaa):
-------------	---------------------

« Des renseignements personnels sont recueillis à l'aide de ce formulaire conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée et la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Ces renseignements sont recueillis dans le but d'offrir les soins de santé requis par les clients. Les questions concernant la collecte de ces renseignements devraient être posées à La place des enfants, 400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2. Téléphone : 705-476-5437. »

This form is available in English