**Prévention et intervention rapide**

***Formulaire -1***

Année scolaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification de l’élève** | | |
| Nom : | DDN : | No. de fiche : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| École : | Enseignant : | Niveau : |

**Enseignant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Difficultés d’adaptation ou d’apprentissage persistantes ou signes de déficience ou handicap perçus par l’enseignant au plan de (ou de la) :** | | |
| **Domaine des apprentissages**  Conscience phonologique  Lecture (décodage)  Lecture (compréhension)  Écriture  Concepts mathématiques  Résolution de problèmes  mathématiques  **Domaine cognitif**  Attention/concentration  Organisation  Capacités d’analyse et de synthèse | **Domaine langagier**  Habiletés expressives  Habiletés réceptives  Habiletés pragmatiques  (règles de la communication)  **Domaine moteur et sensoriel**  Habiletés motrices globales  Habiletés motrices fines  Traitement sensoriel  **Domaine social**  Relation avec les pairs  Relation avec les adultes  Compréhension des conventions sociales | **Domaine personnel et affectif**  Autonomie fonctionnelle  Motivation/persévérance  Gestion des émotions  **Domaine comportemental**  Agitation/impulsivité  Comportements perturbateurs  Refus de collaborer  Attitude généralisée de retrait ou  de passivité  **Précisions s’il y a lieu :** |

**Recommandation de joindre la synthèse de la situation de l’élève.**

**L’enseignant peut joindre tout autre document qu’il juge pertinent.**

|  |
| --- |
| **Services d’appui déjà reçus** |
| Soutien direct à l’élève en classe, lors des transitions ou en individuel  orthophonie  enseignant-ortho  orthopédagogie  psychologie  eneignant-ressource  psycho-éducation  ergothérapie  Services de professionnels externes (CLSC, CHPJ, etc.)  Autre (spécifiez) :  Aucun |

|  |  |
| --- | --- |
| **Services d’appui demandés** | |
| Suivi avec l’enseignante-ortho  Suivi avec l’orthopédagogue  Suivi avec un TES  Demande d’accompagnement auprès d’un conseiller  pédagogique :  Demande de soutien auprès d’un enseignant-ressource  (déficience sensorielle) | Demande d’observation auprès d’un psychologue scolaire  Demande de consultation pour référence au service d’orthophonie  Demande de consultation auprès d’un psychoéducateur scolaire  Autres (spécifiez) : |

*voir verso*

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de l’enseignant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : |
| **Décision de la direction d’école**  (La direction fait connaître par écrit sa décision, dans la mesure du possible, dans les 10 jours ouvrables qui suivent la réception du formulaire. (c.c. 8-9.08 A) | |
| Services accordés :       Début du service :  Précisions : | |

**ou**

**Direction d’école**

|  |
| --- |
| Services accordés :       Début du service :  Précisions :  Convocation du comité d’intervention |

**ou**

|  |
| --- |
| Services refusés  Raisons : |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de la direction de l’école : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : |

**N.B.** Lorsque le formulaire est rempli : 🞎 Original 🡪 dossier d’aide particulière

🞎 Copie 🡪 enseignant