

Bureau de Chatham  
Tél. : 519 436-2222  
Télec. : 519 351-5842

Bureau de Sarnia  
Tél. : 519 337-1000  
Télec. : 519 337-4331

Bureau de Windsor  
Tél. : 519 258-8211  
Télec. : 519 258-6288

## **Demande de renvoi – Programme de services de santé pour enfants en milieu scolaire**

**Demande**  Nouvelle  Cas redirigé (Il faut une consultation avec un coordonnateur de soins avant de pouvoir rediriger un cas.)

Le parent ou le tuteur a consenti à la demande de renvoi.

**Nom** [Subject] **DDN (jj/mm/aa)** [Comments]

N° de carte Santé	_____	CV	_____	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Adresse (domicile)	_____					
Ville	_____	Province	_____	Code postal	_____	
Adresse postale (si différente de celle ci-dessus)	_____					
Ville	_____	Province	_____	Code postal	_____	
Médecin de famille	_____					
Problèmes de santé ou de développement	_____					

### **Coordonnées du parent ou du tuteur**

Mère  Père  Tuteur

Nom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_\_

Mère  Père  Tuteur

Nom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_\_

### **Autre personne à contacter en cas d'urgence**

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_



**Ontario**

Réseau local d'intégration  
des services de santé

Nom [Subject] DDN (jj/mm/aa) [Comments]

## Renseignements sur l'école

Nom de l'école \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Année d'études \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Téléc. \_\_\_\_\_  
Directeur \_\_\_\_\_

Enseignant \_\_\_\_\_  
Aide-enseignant \_\_\_\_\_  
Enseignant-ressource \_\_\_\_\_  
Autre personnel \_\_\_\_\_  
Placement :  Classe régulière  Enfance en difficulté   
Retards de développement/autonomie fonctionnelle  Autre \_\_\_\_\_

## Évaluations du conseil scolaire demandées ou effectuées

Orthophonie  Psychopédagogie  Autre  
Y a-t-il participation de l'équipe d'intervention  
comportementale?  Oui  Non  
L'élève reçoit-il une aide ressource?  Oui  Non  
Y a-t-il eu tenue d'un CIPR?  Oui  Non

## Renseignements sur la demande de renvoi : écoles publiques

Service demandé  Soins infirmiers  
Commentaires \_\_\_\_\_

## Renseignements sur la demande de renvoi : école privée/à domicile

Service demandé  Ergothérapie  Physiothérapie  Orthophonie  
 Soins infirmiers  Services d'un préposé aux services de soutien à la personne  
Commentaires \_\_\_\_\_

Nom [Subject] DDN (jj/mm/aa) [Comments]

**Veillez indiquer les formulaires qui ont été remplis et qui sont inclus dans la présente demande**

- Feuille de vérification de l'enseignant (requis pour le renvoi vers de services d'ergothérapie et de physiothérapie)
- Demande de renvoi de l'orthophoniste du conseil scolaire (requis pour le renvoi vers des services d'orthophonie)
- Autres rapports pour appuyer le besoin d'évaluation

Renvoi demandé par \_\_\_\_\_

Personne à contacter à l'école pour plus d'information \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour appeler \_\_\_\_\_

**Renseignements supplémentaires à fournir (à remplir par les écoles publiques et par les écoles privées et à domicile)**

Veillez expliquer en détail la raison de cette demande

Veillez décrire les stratégies utilisées à ce jour pour résoudre ces problèmes (mesures d'adaptation dans la salle de classe, participation d'un enseignant-ressource; consultation pour l'enfance en difficulté, thérapies reçues, p. ex.)

L'élève montre-t-il le niveau requis pour l'année d'études/niveau de développement requis dans tous les domaines?  Oui  Non

Dans la négative, décrivez les domaines où il éprouve des difficultés.

Organismes qui s'occupent ou se sont occupés de l'élève

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction / personne désignée

\_\_\_\_\_  
Nom / Titre en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Conseil scolaire / Organisme

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aa)