

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)