****

La direction responsable de l’élève doit acheminer la demande d’accompagnement ainsi que tous les documents requis au secrétariat de l’adaptation scolaire à l’adresse se.adaptation@csnavigateurs.qc.ca

**Demande d’accompagnement**

**Isabelle Leblanc**

*Services éducatifs - Adaptation scolaire*

**Mandat général**

Exercer un rôle conseil en soutenant les équipes multidisciplinaires dans le processus de recherche de solutions dans des situations complexes.

**Mandat spécifique**

Soutien à l’inclusion de l’élève ayant un trouble du spectre de l’autisme.

**Conditions préalables à la demande d’accompagnement**

* La direction s’est assurée que les interventions universelles (Niveau 1) sont actualisées en classe ;
* Avoir en main ou avoir pris connaissance du document : ***Référentiel de stratégies d’intervention pour le personnel scolaire intervenant auprès des élèves ayant un trouble du spectre de l’autisme (TSA)***[Référentiel de stratégie en trouble du spectre de l'autisme](https://navigateurs.sharepoint.com/%3Ab%3A/s/SEJE/Efe25dJ4wi1Nv0CJ7lRhRfgBcNiBvpBqYlHeu1r2BufJ7g?e=zPPOrL)
* La cueillette des données et l’analyse de la situation ont été réalisées par l’équipe multidisciplinaire : analyse du dossier professionnel, grille d’observation et d’analyse de l’élève ayant un TSA, rencontres multidisciplinaires, etc.;
* La démarche du PI ou du PSII est active;

**Documents requis** (à joindre obligatoirement avec la demande d’accompagnement)

|  |
| --- |
| ☐ Formulaire d’application de la trajectoire d’intervention (à jour) ☐ Grille d’observation et d’analyse de l’élève ayant un TSA (obligatoire) [Grille TSA.pdf](https://navigateurs.sharepoint.com/%3Ab%3A/s/SEJE/EafjrMfgS21GiVwHuG1bilMB5RpJjNFNVfBPViPzuJf2Zw?e=ORYdOG)☐ Bulletin des deux dernières années☐ Dernier plan d’intervention☐ Protocole d’intervention ou fiche de désescalade ☐ Conclusions et recommandations des rapports professionnels s’il y a lieu (psychologie, psychoéducation, pédopsychiatrie, ergothérapie, orthopédagogie, orthophonie) |

**Élève pour qui l’équipe multidisciplinaire est mobilisée**

|  |  |
| --- | --- |
| École |  |
| Nom de l’élève |       |
| Niveau scolaire |       |

**Membres de l’équipe multidisciplinaire mobilisée**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom des intervenants | Fonction      |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Précisions quant au besoin d’accompagnement**

|  |
| --- |
| Précisez la situation de besoin de l’élève pour qui l’équipe multidisciplinaire est mobilisée   |
|       |

|  |
| --- |
| Précisez le besoin d’accompagnement de l’équipe multidisciplinaire |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de la direction :  | Date :  |

**Précisions à la suite de la phase d’entrée** (section réservée à la conseillère pédagogique)

|  |
| --- |
|       |