**DOCUMENT DE RÉFÉRENCE POUR L’ADMISSION**

Demande reçue le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DANS UNE ÉCOLE À MANDAT RÉGIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pour **l’école régionale des Quatre-Saisons**, l’**école St-François (CPPQ)** et les **mandats régionaux à l’école de la Cité en TSA et en DIP, à l’école Joseph-Paquin en trouble du langage ou surdité exigeant un mode gestuel (CSDPS) et à l’école St-Michel en TSA (CSDécouvreurs)**, **ne pas remplir ce document**. Voir les documents spécifiques à ces services sur l’Intranet. |

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de l’élève** | | | | | |
| Nom de l’élève : |  | | Code permanent : |  | |
| Date de naissance : | |  | Âge au 30 septembre 2020 : | |  |
|  | | *(Jour, mois, année)* |  | |  |

École qui fait la demande**:**

École de bassin :       Service actuel :

**CONTENU OBLIGATOIRE À SOUMETTRE POUR LES DOSSIERS D’ADMISSION**

Formulaire d’autorisation de transmission de dossier ;

Document de référence pour l’admission dans une école à mandat régional ;

Autorisation signée des parents en vue d’une orientation dans une école à mandat régional

Bulletins (le dernier de l’année en cours et celui de juin de l’année précédente) ;

Plans d’intervention (ceux de l’année en cours et ceux de l’année précédente) ;

Rapport en psychologie récent (2 ans ou moins) (évaluation intellectuelle et évaluation des comportements adaptatifs) ;

Rapports des autres intervenants et organismes impliqués ;

Documents spécifiques pour le service à mandat régional demandé (p. 7).

**ORIENTATION SCOLAIRE VERS UN SERVICE À MANDAT RÉGIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Primaire** | **Secondaire** |
| École Anne-Hébert (déficience intellectuelle profonde) | École Madeleine Bergeron de la CSDD (déficience motrice ou organique sévère) |
| École de l’Escabelle (classe oraliste/surdité) | École De l’Envol de la CSDPS (handicap visuel **et** déficience intellectuelle moyenne, sévère à profonde) |
| École Madeleine Bergeron de la CSDD (déficience motrice ou organique sévère) |  |
| École De l’Envol de la CSDPS (handicap visuel et déficience intellectuelle moyenne, sévère à profonde) |  |

**MCj02906840000[1]RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite) :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse : | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Niveau scolaire actuel : | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Code de difficulté : | | |  | | | | | Validé | | | | | | | | | | À valider | | | | | | Ne peut être validé | | | |
| Diagnostic : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **Famille** | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Nom de la mère : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  | |  | | |
|  | | | *Maison* | | | | | | | | | | | |  | *Cellulaire* | | | | | | |  | | *Travail* | | |
| Adresse courriel : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Nom du père : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  | |  | | |
|  | | | *Maison* | | | | | | | | | | | |  | *Cellulaire* | | | | | | |  | | *Travail* | | |
| Adresse courriel : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| Foyer de groupe : personne responsable : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| La garde légale est assumée par : | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Présence d’une fratrie : | | | | | | | sœur(s) | | | | | | | | | |  | | frère(s) | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| **Santé** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médication : Oui  Non | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Information médicale pertinente : | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres diagnostics : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

L’élève fréquente-t-il le service de garde présentement ?

|  |
| --- |
| Oui  Non |
| Si oui, à quel moment ? Matin :  Midi :  Fin de journée : |

**SERVICES REÇUS PAR L’ÉLÈVE, OFFERTS PAR LA COMMISSION SCOLAIRE :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Services et nom de l’intervenant** | **Mandat et type de soutien apportés** |
| Orthopédagogue :  Rapport annexé |  |
| Orthophoniste :  Rapport annexé |  |
| Psychoéducateur :  Rapport annexé |  |
| Psychologue scolaire :  Rapport annexé |  |
| Technicien en éducation spécialisée :  Rapport annexé |  |
| Conseiller d’orientation :  Rapport annexé |  |
| Conseillère pédagogique : |  |
| Service régional de soutien et d’expertise :  Rapport annexé |  |
| Autre :  Rapport annexé |  |

**SERVICES REÇUS PAR L’ÉLÈVE, OFFERTS PAR D’AUTRES ORGANISMES :** CLSC, Centres Jeunesse, Centre hospitalier, I.R.D.P.Q, C.R.D.I.Q., C.P.Q. (Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur), etc.

Indiquer si l’élève est en suivi ou référé ou s’il est en attente d’un des services

| **Services et nom de l’intervenant** | | **Mandat et type de soutien apportés** |
| --- | --- | --- |
| Nom : |  |  |
| Fonction : |  |  |
| Lieu de travail : |  |  |
| Téléphone : |  |  |
| Rapport annexé |  |  |
| Nom : |  |  |
| Fonction : |  |  |
| Lieu de travail : |  |  |
| Téléphone : |  |  |
| Rapport annexé |  |  |
| Nom : |  |  |
| Fonction : |  |  |
| Lieu de travail : |  |  |
| Téléphone : |  |  |
| Rapport annexé |  |  |
| Nom : |  |  |
| Fonction : |  |  |
| Lieu de travail : |  |  |
| Téléphone : |  |  |
| Rapport annexé |  |  |
| Nom : |  |  |
| Fonction : |  |  |
| Lieu de travail : |  |  |
| Téléphone : |  |  |
| Rapport annexé |  |  |

**CHEMINEMENT SCOLAIRE DE L’ÉLÈVE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***HISTOIRE SCOLAIRE*** | | | | |
| **annÉe** | **niveau scolaire** | **type de classe** | **École frÉquentÉe** | **commission**  **scolaire** |
| 2018-2019 |  |  |  |  |
| 2017-2018 |  |  |  |  |
| 2016-2017 |  |  |  |  |
| 2015-2016 |  |  |  |  |
| 2014-2015 |  |  |  |  |
| 2013-2014 |  |  |  |  |
| 2012-2013 |  |  |  |  |
| 2011-2012 |  |  |  |  |
| 2010-2011 |  |  |  |  |

**SITUATION ACTUELLE DE L’ÉLÈVE :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **La situation actuelle de l’élève nécessite des mesures particulières pour :** | |
| L’encadrement en classe | Précisez : |
| L’encadrement au service de garde | Précisez : |
| L’encadrement lors du transport scolaire | Précisez : |
| L’élève présente-t-il des problèmes de fréquentation ? Oui  Non | |
| L’élève est-il souvent en retard ? Oui  Non | |

**Profil comportemental de l’ÉlÈve :**

| **Cochez et expliquez les manifestations les plus représentatives du comportement de cet élève :** |
| --- |
| agressivité physique ou verbale envers ses pairs : |
|  |
| agressivité physique ou verbale envers l’adulte : |
|  |
| manque d’autonomie fonctionnelle (toilette, déplacement, habillage, alimentation) : |
|  |
| attention et concentration limitées : |
|  |
| hyperactivité motrice et verbale : |
|  |
| passivité face à la tâche et aux consignes : |
|  |
| désorganisation physique (crise) : |
|  |
| fugue ou absence de la notion de dangerosité : |
|  |
| autre (spécifiez) : |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature de la direction (obligatoire) |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTS SPÉCIFIQUES AU MANDAT RÉGIONAL** | | |
| **École Anne-Hébert (Déficience intellectuelle profonde)** | Rapport récent en psychologie documenté par une évaluation du fonctionnement intellectuel et des comportements adaptatifs |  |
| **École de l’Escabelle (Classe oraliste – surdité)** | Rapport récent en orthophonie |  |
| Rapport récent en audiologie |  |
| **École Madeleine Bergeron de la CSDD (Déficience motrice ou organique sévère)** | Rapport récent en ergothérapie ou physiothérapie |  |
| **École De l’Envol de la CSDPS (Handicap visuel et déficience intellectuelle moyenne, sévère à profonde)** | Optométrie ou ophtalmologie : rapport de l’évaluation oculovisuelle conforme au code 42 |  |