**Demande reçue le :**

******

***Document de référence***

***pour l’admission à l’école Benoit-Vachon***

*École à MANDAT RÉGIONAL D.I. – T.S.A.*

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE L’ÉLÈVE** |  |
|  |       |  |       |  |
|  | Nom de l’élève |  | Code permanent |  |
|  |       |  |       |  |
|  | Date de naissance |  | Âge au 30 septembre 2022 |  |
|  |       |  |       |  |
|  | Adresse |  | Adresse |  |
|  |       |  |       |  |
|  | Centre de services scolaire qui fait la demande |  | Service actuel |  |
|  | Code de difficulté : 50 |  | [ ]  Validé | [ ]  À valider | [ ]  Ne peut être validé |  |
|  | Diagnostic : |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **FAMILLE** |  |
|  |       |  |       |  |
|  | Nom de la mère |  |  | Adresse courriel |  |
|  | Téléphone : |       |  |       |  |       |  |
|  |  | Maison |  | Cellulaire |  | Travail |  |
|  |       |  |       |  |
|  | Nom du père |  | Adresse courriel |  |
|  | Téléphone : |  |       |  |       |  |       |  |
|  | Maison |  | Cellulaire |  | Travail |  |
|  |
|  |
|  | [ ]  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 : |       |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICE ET NOM DE L’INTERVENANT** | **MANDAT ET TYPE DE SOUTIEN APPORTÉS** |
| [ ]  Orthophoniste :  |       |
| [ ]  Rapport annexé :  |
| [ ]  Psychoéducateur : |       |
| [ ]  Rapport annexé :  |
| [ ]  Psychologue :  |       |
| [ ]  Rapport annexé :  |
| [ ]  Conseillère pédagogique :  |       |
| [ ]  Autre :  |       |
| [ ]  Rapport annexé :  |

|  |
| --- |
| **SERVICES REÇUS PAR L’ÉLÈVE, OFFERTS PAR D’AUTRES ORGANISMES : programme DI-DP-TSA, Centre Jeunesse, centres hospitaliers, etc.** |
| Indiquer si l’élève est en suivi ou référé ou s’il est en attente d’un des services |
| **Service 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 |  |       |

|  |
| --- |
| **CHEMINEMENT SCOLAIRE DE L’ÉLÈVE (s’il y a lieu)** |
| **HISTOIRE SCOLAIRE** |
| **Année** | **Niveau scolaire** | **Type de classe** | **École fréquentée** | **Centre de services scolaire** |
| 2021-2022 |  |  |  |  |
| 2020-2021 |  |  |  |  |
| 2019-2020 |  |  |  |  |
| 2018-2019 |  |  |  |  |
| 2017-2018 |  |  |  |  |
| 2016-2017 |  |  |  |  |

**SITUATION ACTUELLE DE L’ÉLÈVE**

|  |
| --- |
| **La situation actuelle de l’élève nécessite des mesures particulières pour :** |
| L’encadrement à l’école : |       |
| L’encadrement lors du transport : |       |
| L’élève présente-t-il des problèmes de fréquentation? | Oui | [ ]  | Non | [ ]  | Précisez :       |

**PROFIL DE L’ÉLÈVE**

|  |
| --- |
| **Description de la situation de l’élève (précisez les capacités ou défis de l’élève)** |
| Communication verbale – non-verbale : |       |
| Interactions avec les autres (adultes et élèves) : |       |
| Besoins sensoriels : |       |
| Enjeux comportementaux : |       |
| Autonomie fonctionnelle : |       |
| Collaboration parentale : |       |
| Autres (spécifiez) :  |       |

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