

CONSENTEMENT À L'AIGUILLAGE VERS LES SERVICES DE SOUTIEN AUX ÉLÈVES

Date : _____

MODALITÉS CONCERNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE :

1. L'administrateur scolaire transmet le formulaire par courriel à : studentsupportservices@gov.yk.ca.
2. Une copie du formulaire est conservée au dossier cumulatif de l'élève.

À REMPLIR PAR LE PERSONNEL DES SERVICES DE SOUTIEN AUX ÉLÈVES

Date de réception : _____ Dirigé vers : _____

Nom de l'élève :	_____		_____
	(Nom de famille)		(Prénom)
Date de naissance :	_____	Niveau	
	(aaaa-mm-jj)		
École :		Directeur :	
Enseignant(s) :		Responsable de la gestion du dossier :	
Nom du parent/tuteur légal :	_____	Numéro de téléphone à utiliser de préférence :	Courriel :
Lien avec l'élève :	_____	_____	_____
Nom du parent/tuteur légal :	_____	Numéro de téléphone à utiliser de préférence :	Courriel :
Lien avec l'élève :	_____	_____	_____
Langues parlées à la maison :	_____	Langue maternelle :	_____

MOTIF DE LA DEMANDE : QUELLE EST LA PRINCIPALE PRÉOCCUPATION À L'ORIGINE DE LA DEMANDE DE SOUTIEN À L'ÉGARD DE L'ÉLÈVE?

NOM DE L'ÉLÈVE : _____

☐ Une consultation préalable à l'aiguillage vers les services demandés a déjà eu lieu

SERVICE DEMANDÉ (NE COCHER QU'UNE SEULE CASE) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conseil en services de soutien aux élèves | <input type="checkbox"/> Orthophonie |
| <input type="checkbox"/> Psychologie scolaire | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Soutien aux élèves sourds ou malentendants | <input type="checkbox"/> Soutien aux élèves aveugles ou ayant une déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Soutien aux élèves à l'aide de la technologie (SEAT) |

S'agit-il d'une réévaluation? ☐ Oui ☐ Non

COCHER (☐) LES CASES APPROPRIÉES POUR CONFIRMER LA PARTICIPATION D'AUTRES PROFESSIONNELS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conseiller en services de soutien aux élèves | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Psychologue en milieu scolaire | <input type="checkbox"/> Spécialiste de la vision |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de la santé auditive | <input type="checkbox"/> Médecin |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Personnel du SEAT (soutien aux élèves à l'aide de la technologie) |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Êtes-vous le tuteur légal de l'élève? ☐ Oui ☐ Non

☐ Je **CONSENS**/Nous **CONSENTONS** à ce que l'élève susnommé reçoive les services de soutien indiqués ci-dessus.

☐ Je **NE CONSENS PAS**/Nous **NE CONSENTONS PAS** à ce que l'élève susnommé reçoive les services de soutien indiqués ci-dessus.

Signature du parent/tuteur légal : _____

Date : _____

****Veuillez prendre note que le dossier de votre enfant sera traité par le personnel des Services de soutien aux élèves selon un ordre de priorité déterminé par l'école qui a soumis le dossier et les Services de soutien aux élèves, et pas nécessairement dans l'ordre de présentation des dossiers. Le spécialiste indiqué ci-dessus communiquera avec vous avant d'entreprendre tout service.***

Signature de l'administrateur de l'école _____ Date _____

Les renseignements fournis dans les présentes sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'éducation* afin d'évaluer les besoins de l'élève et d'établir son programme éducatif. Au besoin, ces renseignements pourront être partagés avec d'autres organismes en vue de la création de bases de données pertinentes. Les renseignements sont protégés en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser à la direction de l'école indiquée ci-dessus ou à la direction des Services de soutien aux élèves au 667-8000.