

NOM DE L'ENFANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
ÉCOLE : _____ NIVEAU SCOLAIRE : _____
ENSEIGNANT(E) : _____

1. DÉPLACEMENTS

L'élève est-il capable de se déplacer et de s'orienter de façon autonome dans l'école (trouver son crochet ou son casier, se rendre aux toilettes, à sa classe, au secrétariat, au gymnase, etc.)? oui non

Les déplacements de l'élève dans les escaliers sont-ils similaires aux autres jeunes de son âge ? oui non
 Si non, préciser : _____

L'élève chute-t-il fréquemment? oui non Si oui, dans quel contexte? _____

2. SOINS PERSONNELS

L'habillage/déshabillage de l'élève est effectué de façon :

- Autonome (sans aide)
- Avec aide, préciser : _____
 - Boutonner/déboutonner
 - Boucles
 - Fermeture éclair
 - Orientation des vêtements
 - Orientation des souliers

L'habillage/déshabillage est-il réalisé dans un délai comparable aux autres élèves? oui non

L'élève est-il capable d'aller à la toilette seul? oui non préciser : _____

L'élève est-il capable de s'essuyer seul? oui non préciser : _____

3. ÉDUCATION

L'élève bénéficie-t-il des services suivants?

	NBRE HRS/SEM.	NOM INTERVENANT	RAISON DE CONSULTATION
<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Soutien à la pédagogie / encadrement	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orthophonie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Préposé	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____

L'élève présente-t-il des **difficultés significatives** dans les tâches suivantes?

MOTRICITÉ FINE :

- Colorier _____
 Découper : ligne cercle carré formes irrégulières

ÉCRITURE (joindre un échantillon d'écriture de l'élève, si en maternelle joindre un coloriage et l'écriture du prénom) :

- Copier des formes : cercle carré triangle croix (+) (X)
 Écrire (graphisme, qualité, vitesse) _____
 Copier des informations écrites au tableau _____

LECTURE :

- Lire _____

ORGANISATION/PLANIFICATION :

- Réaliser un casse-tête _____
 Sortir son matériel scolaire _____
 Préparer son sac d'école _____
 S'orienter dans son cahier ou livre _____
 Se concentrer sur une tâche donnée _____

AUTRE(S):

- _____

DÉCRIVEZ SON RENDEMENT À L'ÉCOLE :

- Tâches où il performe le mieux : _____

- Tâches requérant beaucoup d'efforts : _____

Détails sur les services offerts en soutien à la pédagogie et en psychologie :

Autres informations pertinentes :

SIGNATURE DES INTERVENANTS AYANT COMPLÉTÉ LE QUESTIONNAIRE :

ENSEIGNANTE	PSYCHOLOGUE SCOLAIRE
SOUTIEN À LA PÉDAGOGIE	AUTRE INTERVENANT (TES, ORTHOPHONISTE, ETC)
	Date

**S.V.P. veuillez remettre le questionnaire au directeur de l'école après l'avoir dûment complété.
Joindre à la demande de services et au questionnaire aux parents en ergothérapie**

MERCI DE VOTRE COLLABORATION