

Formulaire d'aiguillage vers les Services de réadaptation en milieu scolaire

Télécopieur: 1-866-869-0071

Téléphone: 613-737-7600, poste 1794

Veillez noter que les ressources et le soutien offerts par les écoles et les conseils scolaires à l'élève doivent être consultés avant de faire un aiguillage vers des Services de réadaptation en milieu scolaire. Pour de plus amples renseignements sur le Programme de Services de réadaptation en milieu scolaire, veuillez visiter [le site](#).

| Renseignements sur l'élève | | | |
|---|---|--|---|
| Nom de famille: | | Prénom: | |
| Adresse: | | | |
| Ville: | | Code postal: | Date de naissance: |
| Numéro de la carte Santé: | | Code de version: | Date d'expiration: |
| Diagnostics connus: | | | |
| Coordonnées du parent ou du tuteur (1) | | | |
| Nom du parent ou tuteur : | | | Relation: |
| Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à l'élève <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| <small>Cocher les préférences</small> | <input type="checkbox"/> N° de la Maison: | <input type="checkbox"/> N° de Cellulaire: | <input type="checkbox"/> N° du Travail: |
| Langue(s) : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre : | | Interprète requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Courriel: | | | |
| <i>En fournissant le courriel du parent ou du tuteur, il est conscient qu'il autorise CHEO à communiquer avec lui par courriel au sujet du programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Le courriel ne sera pas utilisé pour les communications urgentes ou de nature délicate.</i> | | | |
| Coordonnées du parent ou du tuteur (2) | | | |
| Nom du parent ou tuteur : | | | Relation: |
| Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à l'autre parent/tuteur <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| <small>Cocher les préférences</small> | <input type="checkbox"/> N° de la Maison: | <input type="checkbox"/> N° de Cellulaire: | <input type="checkbox"/> N° du Travail: |
| Langue(s) : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre : | | Interprète requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Courriel: | | | |
| <i>En fournissant le courriel du parent ou du tuteur, il est conscient qu'il autorise CHEO à communiquer avec lui par courriel au sujet du programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Le courriel ne sera pas utilisé pour les communications urgentes ou de nature délicate.</i> | | | |
| Renseignements de l'école | | | |
| Nom de l'école: | | Conseil scolaire: | |
| Niveau d'études de l'élève: | | | |
| N° de téléphone de l'école: | | N° de télécopieur de l'école: | |
| Placement en classe : <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Éducation spéciale <input type="checkbox"/> Compétences en matière de vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| L'école doit participer activement au soutien de l'élève pendant qu'il participe au Programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Veuillez indiquer leur nom et cocher la personne ou la personne-ressource principale de l'école qui sera la plus responsable , pour le thérapeute. | | | |

Nom d'étudiant :
Date de naissance :

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nom de l'enseignant: | <input type="checkbox"/> Enseignant-ressource ou enseignant de soutien: |
| <input type="checkbox"/> Directeur: | <input type="checkbox"/> Autre: |

Consentement et attestations

Si l'aiguillage est pour un élève de 7^e année ou plus : La source d'aiguillage atteste qu'elle a parlé à l'élève qui est référé, et l'élève est d'accord avec l'aiguillage vers les Services de réadaptation en milieu scolaire et sera réceptif aux recommandations.

Moi, la source de l'aiguillage, j'ai obtenu le consentement du parent ou du tuteur légal pour compléter ce formulaire d'aiguillage pour le Programme de Services de réadaptation en milieu scolaire de CHEO. J'ai expliqué au parent ou au tuteur légal que les renseignements recueillis, utilisés et divulgués serviront à organiser les services nécessaires dans le cadre du traitement de l'élève à l'école, et que ce consentement peut être retiré à tout moment.

Date :

Nom et signature de la source de l'aiguillage:

Services d'orthophonie

Les élèves sont admissibles aux services d'orthophonie du SRMS lorsqu'ils ont cinq ans et plus ou qu'ils entrent au jardin pour la prochaine année scolaire.

Le programme des SRMS offre un soutien aux élèves qui sont atteints :

1. de troubles de l'articulation d'un degré de sévérité moyen à sévère;
2. de troubles moteur de la parole;
3. de troubles de fluidité verbale (bégaiement);
4. de troubles de la voix et/ou de la résonance.

Remarque : Les orthophonistes du conseil scolaire sont responsables de fournir des services aux élèves qui ont des problèmes de développement du langage.

Le programme des SRMS exigera que les documents suivants soient joints à la demande de services d'orthophonie :

- Faites-vous une demande de services pour des troubles de l'articulation et/ou un trouble moteur de la parole ? Si la réponse est oui :
 - Joindre un rapport d'évaluation de la parole et du langage d'un orthophoniste accrédité **complété dans les 12 derniers mois**. Ce rapport est nécessaire pour déterminer si l'élève a la motivation, l'attention, le comportement, la capacité cognitive et le langage appropriés pour participer aux séances d'orthophonie avec l'orthophoniste des SRMS.
- Faites-vous une demande de services pour des troubles de fluidité verbale (bégaiement) ? Si la réponse est oui :
 - Joindre un rapport d'évaluation de la parole et du langage d'un orthophoniste accrédité **complété dans les 12 derniers mois**. Ce rapport est nécessaire pour s'assurer que le trouble de fluidité verbale n'est pas fondé sur la langue et pour mieux identifier la gravité du trouble de fluidité verbale.
- Faites-vous une demande de services pour des troubles de la voix et/ou de la résonance ? Si la réponse est oui :
 - Joindre une demande de services d'un oto-rhino-laryngologiste **complété dans les 6 derniers mois**. Ce rapport est nécessaire pour identifier les pathologies des cordes vocales.

** Les demandes de services incomplètes ne seront pas traitées et seront retournées à l'expéditeur.

Veillez faire parvenir le formulaire d'aiguillage dûment rempli et tous les rapports pertinents par télécopieur au 1-866-869-0071. Si vous ne disposez pas d'un télécopieur, veuillez nous contacter au 613-737-7600 poste 1794.