

## DEMANDE DE SERVICES CONSULTATIFS EN CÉCITÉ ET BASSE VISION

### 1. Informations générales

*Afin d'alléger le texte, le masculin seul sera utilisé*

#### Renseignements de l'élève

<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>		
<b>DDN</b>	<b>Sexe</b>	<b>F</b>	<b>M</b>

<b>Mère / tutrice :</b>	<b>Père / tuteur :</b>
Adresse :	Adresse :
Téléphone maison :	Téléphone maison :
Téléphone cellulaire :	Téléphone cellulaire :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Courriel :	Courriel :
Langues parlées :	Langues parlées :

#### Renseignements scolaires

<b>Conseil scolaire:</b>	
<b>Nom du responsable du Service à l'élève :</b>	
<b>Nom de la personne responsable du dossier au niveau du conseil:</b>	
<b>Nom de la personne qui fait cette demande de service :</b>	
<b>Nom de l'école :</b>	<b>Niveau (placement scolaire) :</b>
<b>Direction :</b>	<b>Courriel :</b>
Adresse de l'école:	
<b>Téléphone :</b>	<b>Télécopieur :</b>

<b>Enseignant titulaire :</b>	
Poste téléphonique :	Courriel :
<b>Enseignant ressource ou EED :</b>	
Poste téléphonique :	Courriel :
<b>Nom et rôle des membres du personnel qui travaillent directement avec l'élève :</b>	

# GRILLE D'OBSERVATION EN SALLE DE CLASSE DE L'ÉLÈVE EN CÉCITÉ ET BASSE VISION

## 2. Profil de l'élève

<b>SVP répondre aux questions suivantes</b> <i>Afin d'alléger le texte, le masculin seul sera utilisé</i>	jamais	rarement	souvent	toujours	Sans objet
<b>Scolaire</b>					
<b>Est-ce que l'élève :</b>					
• peut copier du tableau?	1	2	3	4	S.O.
• peut relire son écriture?	1	2	3	4	S.O.
• a une écriture facile à lire?	1	2	3	4	S.O.
• a une écriture très grosse?	1	2	3	4	S.O.
• nécessite des adaptations dans son environnement?	1	2	3	4	S.O.
• peut identifier des caractères de grosseur normale?	1	2	3	4	S.O.
• écrit entre les lignes?	1	2	3	4	S.O.
• rapproche son travail près de son visage?	1	2	3	4	S.O.
• exige des adaptations pédagogiques?	1	2	3	4	S.O.
<b>Commentaires :</b>					
_____					
_____					
<b>Autonomie</b>					
<b>Est-ce que l'élève :</b>					
• avise l'adulte s'il ne voit pas bien au tableau?	1	2	3	4	S.O.
• avise l'adulte s'il a de la difficulté à voir dans ses livres?	1	2	3	4	S.O.
• a des intérêts personnels?	1	2	3	4	S.O.
• travaille par lui-même de façon autonome?	1	2	3	4	S.O.
• fait bon usage de son temps?	1	2	3	4	S.O.
• dépend de ses amis afin de compléter ses travaux?	1	2	3	4	S.O.
<b>Commentaires :</b>					
_____					
<b>Social</b>					
<b>Est-ce que l'élève :</b>					
• a un meilleur ami?	1	2	3	4	S.O.
• a un cercle d'amis?	1	2	3	4	S.O.
• interagit avec les amis à la pause ou aux récréations?	1	2	3	4	S.O.
• interagit avec les amis dans la classe?	1	2	3	4	S.O.
• se trouve facilement un groupe pour le travail coopératif?	1	2	3	4	S.O.
• est sympathique envers les autres?	1	2	3	4	S.O.
• s'adapte facilement aux nouvelles situations ?	1	2	3	4	S.O.
• se comporte correctement en classe?	1	2	3	4	S.O.
• se comporte correctement à l'extérieur de la classe?	1	2	3	4	S.O.
• est accepté par ses camarades?	1	2	3	4	S.O.
<b>Commentaires :</b>					
_____					

	jamais	rarement	souvent	toujours	Sans objet
<b>Estime de soi</b>					
<b>Est-ce que l'élève :</b>					
• participe aux discussions en petits groupes?	1	2	3	4	S.O.
• participe aux discussions en grands groupes?	1	2	3	4	S.O.
• est coopératif?	1	2	3	4	S.O.
• participe pleinement aux activités?	1	2	3	4	S.O.
• est motivé?	1	2	3	4	S.O.
• se sent accepté par les autres?	1	2	3	4	S.O.
• veut porter ses lunettes?	1	2	3	4	S.O.
• a confiance en lui-même?	1	2	3	4	S.O.
• est fier lorsqu'il accomplit un travail?	1	2	3	4	S.O.
• demande/accepte de l'aide au besoin?	1	2	3	4	S.O.

Commentaires :

### 3. Évaluations et informations ophtalmologiques

#### Évaluations antérieures

<input type="checkbox"/>	Optométrie/Ophtalmologie, date : ____	<input type="checkbox"/>	Psycho-éducationnelle, date : ____
<input type="checkbox"/>	Orthophonie, date : ____		
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : _____		

**\* Une copie du rapport médical de la vision doit accompagner cette demande.**

#### Renseignements ophtalmologiques

L'élève a	<input type="checkbox"/>	une prothèse		
L'élève a	<input type="checkbox"/>	des lunettes		
L'élève a	<input type="checkbox"/>	des lentilles cornéennes		

Commentaires :

**Avant d'acheminer la demande, veuillez vérifier que les sections suivantes sont dûment remplies et que les documents nécessaires sont en pièces-jointes:**

<input type="checkbox"/>	<b>1. Information générale</b>	<b>En pièces jointes :</b>
<input type="checkbox"/>	<b>2. Profil de l'élève</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rapport médical de la vision</b>
<input type="checkbox"/>	<b>3. Évaluations et informations ophtalmologiques</b>	<input type="checkbox"/> <b>Formulaire d'autorisation à l'échange de renseignements signé par le parent / tuteur</b>

\_\_\_\_\_  
signature

\_\_\_\_\_  
date