



**Consortium  
Centre  
Jules-Léger**

281, avenue Lanark  
Ottawa ON K1Z 6R8  
613 761-9300 (téléphone)  
613 761-9301 (télécopieur)

## DEMANDE D'ÉVALUATION FONCTIONNELLE EN SURDICÉCITÉ

L'usage fonctionnel de la vision et de l'audition en tant que sens premiers est évalué par le biais de l'observation et de l'interaction avec l'élève en sollicitant ses réactions à une variété de stimuli sensoriels. En analysant les observations effectuées, la documentation médicale et multidisciplinaire ainsi que toutes les autres sources de données disponibles, nous tentons de déterminer si la surdicécité est le besoin particulier dominant de l'élève. Il s'agit d'une démarche en vue d'assurer que l'information concernant le développement et l'éducation de l'enfant soit partagée avec les parents, le personnel scolaire et les diverses agences.

### **Demande d'évaluation par la direction d'école**

Je demande qu'une évaluation fonctionnelle en surdicécité soit réalisée pour \_\_\_\_\_.  
Je comprends que suite à cette évaluation un rapport sera produit par les services consultatifs du Consortium Centre Jules-Léger et que ce rapport sera partagé avec les parents, le conseil scolaire et l'équipe-école de l'élève.

_____ <b>Signature de la direction ou de la direction adjointe</b>	_____ <b>Date</b>
---	----------------------

### **Consentement au processus d'évaluation par le titulaire de l'autorité parentale**

Je \_\_\_\_\_ (lettres moulées s.v.p.) consens à ce qu'une évaluation fonctionnelle en surdicécité soit réalisée pour \_\_\_\_\_.

_____ <b>Signature du titulaire de l'autorité parentale</b>	_____ <b>Date</b>
--	----------------------

### **Consentement à l'enregistrement d'une bande vidéo par le titulaire de l'autorité parentale**

Je \_\_\_\_\_ (lettres moulées s.v.p.) consens à ce que le Centre Jules-Léger tourne une bande vidéo de la session d'évaluation. Je comprends que ce document servira uniquement à assurer la qualité de l'évaluation et ne sera en aucun temps diffusé ou partagé avec qui que ce soit sans ma permission.

_____ <b>Signature du titulaire de l'autorité parentale</b>	_____ <b>Date</b>
--	----------------------