

Date de la demande : _____
(JJ/MM/AAAA)

ADMISSION PRIMAIRE QUESTIONNAIRE AUX RÉPONDANTS/PARENTS

Ces informations sont confidentielles et seront conservées pour la durée du processus d'admission.

Identification de l'élève

Nom de l'enfant : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Sexe : _____
Code permanent : _____
Langue maternelle : _____
Langue(s) parlée(s) à la maison : _____
Lieu de naissance (ville et pays) : _____

Profil familial

AUTORITÉ PARENTALE :

Mère **Père** **Tuteur**, préciser le lien avec l'enfant : _____

IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE :

Mère **Père** **Tuteur**

Nom : _____ Prénom : _____
Lieu de naissance (ville et pays) : _____
Adresse : _____ Appartement : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Tél (résidence) : _____ Tél (travail) : _____ Tél (cell) : _____
Courriel : _____

Mère **Père** **Tuteur**

Nom : _____ Prénom : _____
Lieu de naissance (ville et pays) : _____
Adresse : _____ Appartement : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Tél (résidence) : _____ Tél (travail) : _____ Tél (cell) : _____
Courriel : _____

1. Les parents sont-ils séparés:

Oui

Non

2. L'enfant demeure avec :

Ses parents

Sa mère

Son père

En garde partagée, précisez les modalités : _____

En famille reconstituée

Famille d'accueil

Autre, précisez : _____

Profil fonctionnel

ENTRAÎNEMENT À LA PROPRETÉ :

1. S'échappe-t-il encore le jour (incontinence)?

Urine:

oui , à quelle fréquence : _____

non

Selle:

oui , à quelle fréquence : _____

non

2. Lorsqu'il s'échappe, est-il autonome pour se changer ?

Oui

Non, précisez : _____

3. Est-il autonome pour s'essuyer à la toilette (urine et selles) ?

Oui

Non, précisez : _____

ALIMENTATION :

4. A-t-il une diète particulière ou des restrictions alimentaires?

Oui, précisez: _____

Non

5. Présente-t-il des risques d'étouffement avec la nourriture?

Oui, précisez : _____

Non

6. A-t-il besoin d'un accompagnement particulier à l'heure des repas?

Oui, précisez : _____

Non

HABILLAGE :

7. Est-il autonome pour s'habiller seul, c'est-à-dire pour:

Mettre/enlever ses vêtements d'hiver

Lacer ses souliers

Se boutonner

Manipuler une fermeture éclair

Mettre/enlever son corset ou ses orthèses (s'il y a lieu)

8. A-t-il besoin d'un soutien particulier lors de l'habillage?

Oui, précisez : _____

Non

COMMUNICATION:

9. Actuellement, votre enfant peut-il se faire comprendre par:

Seulement vous

Famille

Tous

Profil médical

SANTÉ:

1. Votre enfant présente-t-il ou a-t-il déjà présenté les diagnostics suivants? Cochez ceux qui s'appliquent.

Méningite

Encéphalite

Traumatisme crânien ou commotion cérébrale

Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Épilepsie

TDA/H

Trouble développemental de la coordination (ou TAC ou dyspraxie)

Déficience motrice cérébrale (ex.: diplégie, hémiparésie, etc.), précisez: _____

Maladie neuromusculaire, précisez: _____

Syndrome ou anomalie génétique, précisez: _____

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Déficience intellectuelle ou retard global de développement

Trouble du langage ou trouble développemental du langage

Tics ou syndrome Gilles de la Tourette (SGT)

Autres diagnostics: _____

2. Votre enfant présente-t-il:

Otitites et maux d'oreilles fréquents

Asthme

Allergies, précisez : _____

A-t-il un auto-injecteur? (ex. : EpiPen)

Oui

Non

Autres, précisez : _____

3. A-t-il déjà subi une opération?

Oui

Non

Si oui, à quel âge? _____

Pour quelle raison? _____

4. Prend-il des médicaments à l'heure actuelle ?

Oui

Non

Si oui, quelle médication prend-il ? _____

Dose _____

Depuis quand : _____

5. Doit-on prendre certaines précautions concernant sa santé?

6. La vision a-t-elle été vérifiée?

Oui, précisez quand: _____

Non (mois, année)

7. Votre enfant présente-t-il des troubles visuels?
Oui, précisez : _____
Non
8. Doit-il porter des lunettes?
Oui, précisez : _____
Non
9. L'audition a-t-elle été vérifiée?
Oui, précisez quand: _____
Non (mois, année)
10. Votre enfant présente-t-il des troubles auditifs?
Oui, précisez : _____
Non
11. Porte-t-il des appareils auditifs?
Oui
Non

Profil comportemental et social

1. Votre enfant a-t-il déjà présenté des difficultés de comportement ou des difficultés affectives à l'école?
- A tendance à s'opposer aux interventions.
 - A tendance à s'opposer aux tâches offertes.
 - Réagit face à de nouveaux intervenants ou de nouvelles situations.
 - Fait des crises.
 - A tendance à se dévaloriser.
 - Fige devant des tâches difficiles.
 - A des manifestations anxieuses.
 - Est sensible au stress.
 - Est sensible aux changements de routines.
 - A des peurs ou phobies particulières, précisez: _____
 - Autres: _____

Profil scolaire et suivis professionnels

1. Est-ce que votre enfant aime l'école ?

Oui

Non, expliquez : _____

2. Quel est son comportement à l'école ?

3. À votre avis, quelle semble être la **source** des difficultés de votre enfant ?

4. Quelles sont, selon vous, les principales qualités ou forces de votre enfant?

5. Quels sont les intérêts ou passe-temps préférés de votre enfant?

6. Reçoit-il des suivis **à l'extérieur de l'école?**

	Nom du professionnel	Lieu (nom de la clinique)	Depuis quand?
Orthophonie			
Orthopédagogie			
Ergothérapie			
Physiothérapie			
Éducation spécialisée			

Travail social			
Psychologie			
Psychoéducation			
Médecine spécialisée. Précisez: _____ _____			

7. Existe-t-il d'autres informations qui pourraient nous aider à mieux le comprendre?

8. Quelles sont vos attentes face à l'École Lucien-Guilbault ?

Nom de la personne qui a rempli le questionnaire : _____
(en lettres moulées)

Lien avec l'enfant : _____

Aide-mémoire

Avez-vous joint au questionnaire d'admission :

- Attestation médicale de l'ensemble des diagnostics de l'élève
- Rapports professionnels

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault

Consentement à l'étude du dossier

Le rôle du comité d'admission du secteur primaire de l'École Lucien-Guilbault est de recevoir les demandes d'admission de la part des différents Centres de services scolaires ou directement des parents et d'en faire l'étude afin de statuer sur l'admissibilité de l'élève à l'école. Le comité, formé de professionnelles travaillant au sein du secteur primaire, s'assure que le dossier de l'élève répond aux critères d'admission et que l'école est en mesure de fournir à l'élève un service à la hauteur de ses besoins. Il s'assure également que l'élève ne présente pas une déficience intellectuelle, une déficience motrice sévère, un trouble du spectre de l'autisme, un trouble de la conduite ou un trouble relevant de la psychopathologie. Les dossiers d'admission seront conservés par la direction pour les deux années suivant la demande d'admission.

Par la présente, j'autorise le comité d'admission du secteur primaire de l'École Lucien-Guilbault à prendre connaissance de l'entièreté des documents fournis en vue de la demande d'admission pour mon enfant, à les lire et à en faire le résumé.

De plus, j'autorise tous les membres du comité à échanger entre eux les informations contenues au dossier afin de statuer sur l'admissibilité de mon enfant dans l'établissement, et ce, pour toute la durée du processus d'admission.

Prénom et nom de l'enfant : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Prénom et nom de l'autorité parentale (*lettres moulées*) : _____

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____
(JJ/MM/AAAA)

Autorisation à communiquer

Par la présente, j'autorise le comité d'admission de l'École Lucien-Guilbault à communiquer avec les intervenants de l'école que fréquente mon enfant et tout autre professionnel concerné dans le but d'obtenir des informations supplémentaires concernant mon enfant et son profil scolaire. Cette autorisation sera valide pour toute la durée d'attente précédant l'admission de mon enfant.

Prénom et nom de l'enfant : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Prénom et nom de l'autorité parentale (*lettres moulées*) : _____

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____
(JJ/MM/AAAA)