

FICHES INDIVIDUELLES

CONFIDENTIEL

Le contenu de cette fiche est strictement confidentiel. Nous vous recommandons de la garder à l'abri des regards et d'utiliser uniquement les initiales des élèves.

IDENTIFICATION	
Initiales de l'élève	n° de l'élève
Date de naissance (jour/mois/année)	
Téléphone	
Contact principal Lien avec l'élève (cocher) <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (préciser):	
L'élève vit avec: <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre:	
CONDITIONS PARTICULIÈRES	
<input type="checkbox"/> Troubles de comportement:	
<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage:	
<input type="checkbox"/> Milieu familial dysfonctionnel:	
<input type="checkbox"/> Allergie(s):	
<input type="checkbox"/> Maladie(s):	
<input type="checkbox"/> Situation particulière, préciser:	
SITUATION ACADÉMIQUE	
	Retard Faible Moyen Fort
Français	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mathématiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SERVICES À L'ÉLÈVE	
	Demande effectuée Service reçu
Orthopédagogie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Éducation spécialisée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plan d'intervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Feuille de route	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suivi médical	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suivi en travail social	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IDENTIFICATION	
Initiales de l'élève	n° de l'élève
Date de naissance (jour/mois/année)	
Téléphone	
Contact principal Lien avec l'élève (cocher) <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (préciser):	
L'élève vit avec: <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre:	
CONDITIONS PARTICULIÈRES	
<input type="checkbox"/> Troubles de comportement:	
<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage:	
<input type="checkbox"/> Milieu familial dysfonctionnel:	
<input type="checkbox"/> Allergie(s):	
<input type="checkbox"/> Maladie(s):	
<input type="checkbox"/> Situation particulière, préciser:	
SITUATION ACADÉMIQUE	
	Retard Faible Moyen Fort
Français	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mathématiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SERVICES À L'ÉLÈVE	
	Demande effectuée Service reçu
Orthopédagogie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Éducation spécialisée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plan d'intervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Feuille de route	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suivi médical	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suivi en travail social	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

