

## Formulaire de demande de consultation – Soutien clinique pour mesure de contrôle en transport scolaire

### IDENTIFICATION

Nom de l'élève :	DDN :
École :	
Centre de services scolaire :	
Professionnel faisant la demande de consultation :	
Courriel :	Téléphone :

### ÉTAPES DE LA DÉMARCHE

Étapes	Fait	En cours	Pas fait
Analyse du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essai de solutions alternatives à la MDC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation autres professionnels dans le CSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation autres professionnels dans autres CSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise en place MDC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement des parents obtenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Description du besoin de consultation – soutien :**

**Disponibilités pour une rencontre TEAMS (donner quelques possibilités) :**

**Signature** coordonnateur Programme DI-TSA 6-17 ans : \_\_\_\_\_

Ergothérapeute désignée : \_\_\_\_\_