***1.***

*Logo de l’établissement*

Destinataire :

Casier :

**Objet : Information concernant un étudiant ayant des besoins particuliers**

Madame, Monsieur,

Le présent document renferme de l’information concernant **XXXXXXXXX** qui fait partie de votre groupe **YYYY**, cours no. **ZZZZ .** Ce document a été complété à partir de l’attestation médicale et de l’évaluation du conseiller ou de la conseillère aux étudiants ayant des besoins particuliers. La présence de cet étudiant dans un cours peut susciter diverses interrogations sur le *comment faire* pour rendre adéquatement votre enseignement.

En tant que conseillère pédagogique à l’intégration scolaire, je désire travailler de concert avec vous à la mise en place des conditions d’apprentissage qui favoriseront la réussite de l’étudiant et qui offriront les services particuliers dont l’élève a besoin.

**Besoins et accommodements pour les cours :**

* Arrive difficilement à prendre les notes et à suivre le cours en même temps - Prise de notes.
* Vit beaucoup d’anxiété lors des présentations orales - Choisir, pour cet élève, une autre façon d’évaluer les apprentissages

**Passation des examens et évaluations :**

* Ne requiert pas de temps supplémentaire.
* Vit beaucoup d’anxiété lors des examens - Lui permettre de les faire dans le local 3.41 et consulter le protocole en pièce jointe à ce document

Pour plus d’information sur nos services, je vous invite à consulter le menu qui s’adresse aux enseignants sur le site du SAIDE à www.cvm.qc.ca/saide. Si vous avez des questions sur la mise en œuvre des accommodements nécessaires pour cet étudiant, veuillez s’il vous plaît me joindre. Pour toute question ou commentaire, n’hésitez pas à communiquer avec moi.  C’est en toute collaboration que je vous souhaite une excellente session.

YYYYYYYY

SAIDE, conseillère pédagogique

Élèves ayant des besoins particuliers

Local AY

514 982-3437 poste y

YYYYY@cvm.qc.ca

*L’information apparaissant dans ce message est de nature légalement privilégiée et confidentielle destinée à l’usage de la personne identifiée. Toute copie ou distribution de ce dernier est interdite. Si ce message vous est parvenu par erreur et que vous n’en êtes pas le destinataire, veuillez s’il vous plaît nous en avertir par retour de courriel.*

FORMULAIRE PRODUIT DANS LE CADRE DES TRAVAUX DU 

***2.***

*Logo de l’établissement*

Destinataire :

Établissement :

**Objet : Information concernant un étudiant ayant des besoins particuliers**

Madame, Monsieur,

Le présent dossier renferme des renseignements concernant **XXXXXXXXX** qui fréquentera votre établissement prochainement**.** L'étudiant(e) m'a autorisé à vous transmettre cette information. Vous trouverez ci-joint l’envoi que nous avons fait aux enseignants qui résume bien les besoins d’accommodements de l’étudiant (e).

Vous y verrez aussi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pour plus d’information sur le *résumé des besoins en lien avec la situation de handicap, l’historique des services déjà dispensés* ou le *résumé des interventions antérieures et actuelles,* veuillez me joindre.

Il me fera plaisir de vous répondre. C’est en toute collaboration que je vous souhaite une excellente session.

YYYYYYYY

SAIDE, conseillère pédagogique

Élèves ayant des besoins particuliers

Local AY

514 982-3437 poste y

YYYYY@cvm.qc.ca

*L’information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle destinée à l’usage de la personne identifiée. Toute copie ou distribution de ce dernier est interdit. Si ce document vous est parvenu par erreur et que vous n’en êtes pas le destinataire, veuillez s’il vous plaît nous en avertir par retour de courriel.*

**

FORMULAIRE PRODUIT DANS LE CADRE DES TRAVAUX DU

***3.***

*Logo de l’établissement*

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

ENTRE ÉTABLISSEMENTS D’ÉTUDES SUPÉRIEURES\*

*Identification de la personne concernée par la communication de renseignements personnels :*

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance (*an/mois/jour*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (f*acultatif*)

**But de cette demande :** cette demande de consentement vise à permettre le transfert de certains éléments de votre dossier des services adaptés. Les intervenant(e)s de votre établissement travailleront de concert pour vous offrir des services continus, personnalisés et complémentaires. Pour ce faire, ils (elles) auront besoin d’échanger de l’information pour mieux comprendre votre situation et ainsi, vous offrir un service qui répondra à vos besoins. Notez que ce consentement à la communication de renseignements ne s’applique que pour l’offre de services. L’information détenue ne sera, en aucun cas, utilisée à d’autres fins.

Je consens à ce que les éléments suivants soient transmis :

résumé de mes besoins en lien avec ma situation de handicap

historique des services déjà dispensés

résumé des interventions antérieures et actuelles

autre (*préciser*) :

En conséquence, j’autorise :

(*Nom, titre, institution*)

à transférer mon dossier étudiant à :

(*Nom, titre, institution*)

|  |
| --- |
| Nom de l’étudiant(e) :  Signature de l’étudiant(e) :  Nom du représentant légal de l’étudiant(e) (*si nécessaire*) :  Signature du représentant légal de l’étudiant(e) :  Nom du professionnel(le) (*et titre*) :  Signature du professionnel(le) :  Établissement :  Date : |

*\*Cette autorisation est révocable par vous en tout temps, par écrit.*

Ce document a été validé par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en juin 2010. Vous pouvez y mettre votre logo, mais nous vous demandons d’en respecter le contenu. Toute modification au contenu annulera la validation de ce document par la commission.

FORMULAIRE PRODUIT DANS LE CADRE DES TRAVAUX DU 

***4.***

*Logo de l’établissement*

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

RELATIFS À MA SITUATION DE HANDICAP\*

**But de cette demande :** Cette demande de consentement vise à permettre l’échange d’information entre les intervenant(e)s de votre établissement qui travailleront de concert pour vous offrir des services continus, personnalisés et complémentaires. Pour ce faire, ils (elles) auront besoin d’information pour mieux comprendre votre situation et ainsi, vous offrir un service qui répondra à vos besoins.

*Je consens à ce que l’information suivante soit transmise :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervenant(e) s autorisé(e) S**  **à recevoir l’information** | *Vos limitations* | *Vos besoins particuliers* |
| Professeur(e)s :  *Sauf* : |  |  |
| Responsables de programme : |  |  |
| Intervenant(e)s  de l’établissement :  *Spécifiez :* |  |  |
| Parents : |  |  |
| Autre(s) : |  |  |

|  |
| --- |
| Nom de l’étudiant(e) :  Signature de l’étudiant(e) :  Numéro d’admission de l’étudiant :  Nom du représentant légal de l’étudiant(e) (*si nécessaire*) :  Signature du représentant légal de l’étudiant(e) :  Nom du professionnel(le) (*et titre*) :  Signature du professionnel(le) :  Date : |

\**Cette autorisation est révocable par vous en tout temps, par écrit.*

Ce document a été validé par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en juin 2010. Vous pouvez y mettre votre logo, mais nous vous demandons d’en respecter le contenu. Toute modification au contenu annulera la validation de ce document par la commission.

FORMULAIRE PRODUIT DANS LE CADRE DES TRAVAUX DU 