

## **COMPILEATION DES BESOINS POUR LA PROCHAINE ANNÉE SCOLAIRE**

**Pour les titulaires des groupes de 6<sup>e</sup> année en vue du passage au secondaire**

**NOM DE L'ÉCOLE PRIMAIRE :**

<b>NOM DE LA PERSONNE ENSEIGNANTE :</b> <hr/>
<b>Numéro du groupe :</b> _____

**Nombre total d'élèves dans le groupe :** \_\_\_\_\_

**Nombre d'élèves ayant un plan d'intervention :** \_\_\_\_\_

**Nombre d'élèves handicapés intégrés :** \_\_\_\_\_

Indiquez le nombre d'élèves qui requièrent les services suivants et le temps requis pour chacun.

<b>TYPE DE SERVICE</b>	<b>NOMBRE D'ÉLÈVES</b>	<b>TEMPS REQUIS PAR CYCLE AU TOTAL POUR CES ÉLÈVES</b>
enseignante en orthopédagogie (DF)		
francisation		
psychoéducation		
psychologie		
orthophonie		
ergothérapie		
éducation spécialisée (TES)		
travail social		
préposé à l'élève handicapé (PEH)		
autre : _____		

### **Recommandation en classe spécialisée**

Indiquez le nombre d'élèves pour lesquels vous recommanderiez un classement en classe spécialisée.

<b>Classe pour élèves ayant des troubles du comportement (SC)</b>	_____
<b>Classe pour élèves ayant des difficultés d'apprentissage (SA)</b>	_____
<b>Classe pour élèves ayant une déficience langagière sévère (SL)</b>	_____
<b>Classe pour les élèves ayant des troubles du spectre de l'autisme (SAS)</b>	_____
<b>Classe pour les élèves ayant des troubles relevant de la psychopathologie (CSE)</b>	_____
<b>Autres types de regroupement</b> (spécifiez : _____)	_____

N.B. Un poste temps plein pour soutien ou professionnel est de 35 h / semaine.

**TRANSMETTRE AU COMITÉ EHDA DE VOTRE ÉCOLE SELON L'ÉCHÉANCIER  
DÉTERMINÉ PAR VOTRE DIRECTION**