

Centre de services scolaire de Laval  
**RÉFÉRENCE À LA DIRECTION**  
**FORMATION PROFESSIONNELLE ET**  
**ÉDUCATION DES ADULTES**

(Dispositions relatives aux élèves à risque et aux EHDA, art. 11-10.12, 13-12.00)

## Identification de l'élève

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## Motif de la référence : Cocher la ou les cases appropriées

### Je perçois les difficultés suivantes :

- |                                   |                          |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| au niveau affectif                | <input type="checkbox"/> | au niveau d'interactions sociales | <input type="checkbox"/> |
| au niveau attention/concentration | <input type="checkbox"/> | au niveau de la communication     | <input type="checkbox"/> |
| au niveau autonomie fonctionnelle | <input type="checkbox"/> | au niveau de la motricité         | <input type="checkbox"/> |
| au niveau comportemental          | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description des difficultés :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Démarches préalables : Cocher la ou les cases appropriées

### Auprès de l'élève :

Récupération  Feuille de route  Contrat avec l'élève

Retenue(s)  Système d'émulation  Rencontre avec l'élève

Autre(s) : \_\_\_\_\_

### Auprès des intervenants :

Échanges avec d'autres enseignants : OUI  NON

Échanges avec d'autres intervenants : OUI  NON

Si oui, préciser avec lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Auprès des parents (si moins de 18 ans) :

Communication(s) écrite(s)  Rencontre(s) avec les parents

Appel(s) téléphonique(s)  Autre(s)

## Besoins pressentis :

Cocher la ou les cases appropriées

### Évaluation ou suivi

Orientation  Francisation

Travail social  Santé

Autres : \_\_\_\_\_

### Mesures de soutien :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'élève a été informé Date : \_\_\_\_\_

Les parents (si moins de 18 ans) ont été informés de cette démarche Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'enseignante ou enseignant \_\_\_\_\_

Date de la référence \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignante ou enseignant \_\_\_\_\_