



FICHE DE LIAISON À COMPLÉTER PAR LES CENTRES PMS ET PSE

INCLURE ICI LE LOGO DE L'INSTITUTION

Concerne :

Sexe :

Date de naissance :

École/Classe :

MOTIF DE LA DEMANDE

Initié par : élève parent école médecin de famille autre :

Problème principal :

(cochez tout ce qui s'applique)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impulsivité | <input type="checkbox"/> Inattention | <input type="checkbox"/> Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Désorganisation | <input type="checkbox"/> Humeur/anxiété | <input type="checkbox"/> Procrastination |
| <input type="checkbox"/> Estime de soi | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Difficultés scolaires |
| <input type="checkbox"/> Consommation de substances | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Détails :



DONNÉES SOCIALES ET FAMILIALES (réalisées le ... / ... / ...)

DONNÉES PSYCHOLOGIQUES

Evaluation intellectuelle

Date de passation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :

Observations comportementales :

Evaluation affective

Date de passation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :



Autres

Date de passation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :

DONNÉES PÉDAGOGIQUES

Evaluation pédagogique

Date de réalisation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :

Observations en milieu scolaire / Contact avec l'enseignant (Date : ... / ... / ...)

Aménagements scolaires éventuels



QUESTIONNAIRES

Date : ... / ... / ...

Nom du questionnaire :

Ce qu'il en ressort :

En annexe : oui / non

INFORMATIONS MÉDICALES (PSE)

Date : ... / ... / ...

Nous vous invitons à prendre contact avec notre service pour obtenir des résultats plus détaillés et discuter de l'enfant.

Dossier réalisé par :

Date :

Téléphone :

Signature et cachet :