Date : Numéro de dossier :

**Conseil scolaire :**

**Destinataire :** Enseignante ou enseignant EED

**Objet : Nom du client ou de la cliente**

**Date de naissance :**

Nom du client ou de la cliente a X ans et fréquente la Xe année à l’école X. L’élève a un diagnostic de [diagnostic]. L’élève présente un retard important en matière de motricité globale/un manque de force musculaire/un manque d’endurance/un manque d’équilibre/des problèmes de coordination. L’élève bénéficierait/aurait besoin de X pour maximiser sa participation à X.

L’équipement indiqué dans le tableau qui suit est essentiel pour assurer la pleine participation de l’élève à la vie scolaire et au programme d’études de l’Ontario :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’article** | **Coût** | **Fournisseur**  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Les recommandations tiennent compte des besoins physiques de l’élève, de ses aptitudes scolaires, de la fréquence d’utilisation de l’équipement, des besoins à long terme de l’élève et de la disponibilité de l’équipement. Il revient au conseil scolaire de prendre une décision finale et d’approuver l’achat de cet équipement. Si vous avez des questions, n’hésitez pas à communiquer avec moi au 905-728-1673, poste XXX.

**Approbation électronique :**

Centre pour enfants Grandview

Nom du thérapeute ou de la thérapeute, physiothérapeute

Date

***Ce document est confidentiel et contient des renseignements personnels de nature délicate qui ne doivent être utilisés qu’aux fins prévues. Il est autrement strictement interdit de distribuer ce document, de le reproduire ou d’en divulguer le contenu.***