**Plan d’aide à l’apprentissage**

**Plan d’intervention**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de création :** | **Date d’échéance :** |
| **IDENTIFICATION DE L’ÉLÈVE** | |
| Nom : | N° de fiche : |
| Prénom : | Élaboré par : |
| Programme d’études : | N° de groupe : |
| **DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE DE L’ÉLÈVE** | |
|  | |
| **CAPACITÉS – FORCES – INTÉRÊTS** | |
|  | |
| **BESOINS EN LIEN AVEC LES DIFFICULTÉS** | |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AIDE À L’APPRENTISSAGE PENDANT LA FORMATION** | | | |
| **Objectif(s) de l’élève** | **Moyens** | **Pers. impliquée** | **Révision**  **(avant sanction)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTENAIRES** | | |
| **Nom** | **Fonction** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Je consens à la transmission du contenu du plan d’aide à l’apprentissage, y compris les évaluations sous la supervision d'un médecin, praticien, psychologue ou représentant. Cette autorisation demeure valable pour l’année scolaire en cours ou tant que je fréquenterai le centre. Je peux, en tout temps, révoquer ce consentement au moyen d’un avis écrit.***

Signature de l’élève Date

Signature de l’enseignant Date

Signature de la direction Date

Signature de l’orthopédagogue professionnel Date

**Suivi et bilan du plan d’aide à l’apprentissage (PAA)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de création du PAA :** | | | **Date d’échéance du PAA :** | | | |
| **IDENTIFICATION DE L’ÉLÈVE** | | | | | | |
| Nom : | | | N° de fiche : | | | |
| Prénom : | | | Code permanent: | | | |
| Programme d’études : | | | N° de groupe : | | | |
|  | | **SUIVI** | | |  | |
| **Date de suivi** | **Objectif(s) de l’élève** | | | **Moyens** | | **Suivi (A-P-E)**  **(A=Atteint / P= À poursuivre / E=Enlever)** |
|  |  | | |  | |  |
| **Commentaires :** | | | | | | |
|  |  | | |  | |  |
| **Commentaires :** | | | | | | |
|  |  | | |  | |  |
| **Commentaires :** | | | | | | |
|  |  | | |  | |  |
| **Commentaires :** | | | | | | |
| **BILAN À LA DATE D’ÉCHÉANCE** | | | | | | |
| **Commentaires et recommandations:** | | | | | | |

Signature de l’élève Date

Signature de l’enseignant Date

Signature de la direction Date

Signature de l’orthopédagogue professionnel Date