**![C:\Users\851b100\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\NCHWEWCA\documents-158461_960_720[1].png]()Suivi de l’élève
en difficulté d’apprentissage**

Nom de l’élève : Nom de l’enseignant :

Établissement : Date :

À compléter pour : Suivi d’élève □

Changement d’établissement □

Demande de rencontre avec le comité de santé mentale\* □

\*Pour une demande de rencontre avec le comité de santé mentale, l’enseignant remplit le présent document et le remet à la direction adjointe de son établissement. Celle-ci transmet la demande au comité de santé mentale. Il sera nécessaire d’apporter le dossier complet de l’élève au moment de la rencontre avec le comité.

**Confirmation de la date de rencontre**

Responsable du comité de santé mentale :

Date de la tenue de la rencontre :

**Difficultés de l’élève :**

Lecture □

Écriture □

Mathématiques □

Autres □ Préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stratégies de niveau I mises en place  (devraient avoir été déployées pendant plusieurs semaines avant de faire une demande de rencontre avec le comité de santé mentale) :**

**Stratégies et interventions de niveau II mises en place (devraient avoir été déployées pendant plusieurs semaines avant de faire une demande de rencontre avec le comité de santé mentale) :**

**Interventions de niveau III à mettre en place suite à la rencontre et aux recommandations avec le comité de santé mentale :**

**Autres informations :**

Signature de l’enseignant :

Signature de la direction adjointe :