

Division de la réussite scolaire et de l’inclusion

1181, avenue Portage, salle 307, Winnipeg (Manitoba) Canada R3G 0T3

**Tél.** 204 945-0435 **Téléc.** 204 945-8303

[www.edu.gov.mb.ca](https://www.edu.gov.mb.ca/indexfr.html)

# Demande d’aide financière pour des troubles affectifs et comportementaux profonds de niveau 3 (EBD3)

Date de la demande :       Aide financière pour l’année scolaire :

Date à laquelle le soutien intensif a été mis en œuvre :

## Renseignements sur l’élève

Nom :

No de l’élève (No MET) :       Code d’inscription :

Date de naissance :       Sexe :

Âge actuel :       Année d’études actuelle :

École :

Division scolaire :

Nom(s) du (des) parent(s) :

Gardiens :

*Nom et lien de relation* *Nom de l’office des Services à l’enfant et à la famille et de l’agent*

Tuteur légal :

*Nom et lien de relation* *Nom de l’office des Services à l’enfant et à la famille et de l’agent*

Statut légal :

## Troubles d’ordre affectif ou comportemental

Indiquez les comportements dangereux les plus sérieux faits à l’égard de l’enfant lui-même ou à celui d’autres personnes qui se sont produits au cours de la dernière année (en commençant par les plus récents).

| **Date** | **Éléments déclencheurs (si connus)** | **Comportement spécifique** | **Résultat ou impact** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Décrivez d’autres comportements qui sont chroniques et intenses.

| **Comportement** | **Lieu où le comportement se produit** | | | **Fréquence** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Maison | École | Communauté |  |
|  | Maison | École | Communauté |  |
|  | Maison | École | Communauté |  |
|  | Maison | École | Communauté |  |

## Présentez un bref résumé des facteurs qui ont contribué aux besoins affectifs et comportementaux profonds, chroniques et intenses de cet élève (p. ex., antécédents familiaux, événement traumatisant, etc.).

## Renseignements les plus récents disponibles sur l’évaluation scolaire :

Au niveau ou au-dessus du niveau de l’année d’études.

Si non, veuillez décrire le niveau de rendement scolaire actuel et les raisons pour le retard.

Données sur l’évaluation scolaire, si disponibles (y compris les évaluations du spécialiste scolaire).

| **Type d’évaluation** | **Date** | **Nom de l’évaluateur** | **Outil d’évaluation** | **Résultats** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Enseignant/enseignant ressource/spécialiste/autre : Sommaire du niveau général de fonctionnement de l’élève ou commentaires et observations additionnels (facultatif).

## Renseignements additionnels relatifs au diagnostic, s’il y a lieu

| **Diagnostic** | **Date du diagnostic** | **Diagnostic effectué par** | **Médicaments actuels** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Membres de l'équipe Wraparound

| **Membre de l’équipe — Nom** | **Lien avec l’élève** | **Temps alloué\*** | **Participe actuellement aux réunions de l’équipe** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

\* *Veuillez indiquer le temps alloué pour les personnes qui fournissent un soutien individualisé à l’élève (p. ex., ami de la famille une soirée par semaine, orthopédagogue séance individuelle d’habiletés en lecture 3 heures par cycle, counselling individuel en santé mentale une fois par semaine, séances de chef spirituel à la quinzaine, services de relève des SEF 12 heures par semaine, séance individuelle d’auxiliaire d’enseignement — 5 heures par jour, etc.).*

Coordonnateur ou animateur de Wraparound *(indiquez lequel)* :

Dates des réunions prévues de l’année scolaire en cours :

## Assiduité

Assiduité :       /       =

*(Nombre total de jours de participation/Nombre total de jours de participation possibles)*

Durée de la journée scolaire adoptée par l’école :

Si l’élève n’a pas fréquenté l’école ou la classe à temps plein, veuillez indiquer les dispositions et les services en place pour les périodes où l’élève n’est pas à l’école ou en classe et le plan pour son retour à temps plein à l’école ou en classe.

## Signatures

J’atteste que tous les renseignements que j’ai fournis dans la présente demande sont véridiques et complets.

*Nom de l’administrateur des services aux élèves Nom du directeur*

*Signature Signature*

*Date Date*

AVIS ET CONSENTEMENT POUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

**JE COMPRENDS QUE :**

* La division scolaire ou l’école indépendante subventionnée (le « demandeur ») recueille des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels et devrait, dans le cadre d’une demande de financement, les communiquer au ministère de l’Éducation du Manitoba afin que ce dernier puisse déterminer son admissibilité à un financement en fonction de cette demande, dans le cadre de l’aide par catégorie pour les besoins spéciaux (niveaux 2 ou 3) en vertu du Règlement sur la Loi sur les écoles publiques.
* Le demandeur ne peut recueillir que les renseignements nécessaires à l’appui de sa demande de financement en vertu de l’alinéa 36(1)(b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée du Manitoba. Les renseignements médicaux personnels sont recueillis par le demandeur en vertu de l’alinéa 13(1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba. Les renseignements sont recueillis et communiqués par le demandeur en vertu de l’alinéa 2 de la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements) du Manitoba.
* La divulgation des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels par une division scolaire pour tout autre but doit être autorisée en vertu de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée du Manitoba ou de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba ou de la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements) du Manitoba.
* La collecte ou l’utilisation des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels par le ministère de l’Éducation du Manitoba pour tout autre but doit être autorisée en vertu de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée du Manitoba ou de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba ou de la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements) du Manitoba.
* Le ministère de l’Éducation du Manitoba ne divulguera pas des renseignements personnels ou des renseignements médicaux personnels fournis dans la demande sans mon consentement, à moins que la divulgation soit autorisée en vertu de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée du Manitoba ou de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba ou de la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements) du Manitoba.
* Ces renseignements personnels et ces renseignements médicaux personnels qui sont recueillis par le demandeur pour sa demande au ministère de l'Éducation du Manitoba sont protégés par la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP) ou la Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP) ou la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements) du Manitoba.

Au nom de mon enfant ou enfant en tutelle d’âge mineur,

JE CONSENS à la collecte, à la divulgation et à l’utilisation des renseignements médicaux personnels concernant mon enfant selon les modalités et les buts décrits ci-dessus.

J’AI PRIS PART à l’élaboration d’un plan éducatif personnalisé pour l’enfant susmentionné et j’approuve du plan proposé et de la demande de financement au ministre de l’Éducation du Manitoba.

**Parent**  **Tuteur légal**

J’ai 18 ans ou plus,

JE CONSENS à la collecte, à la divulgation et à l’utilisation de mes renseignements personnels et de mes renseignements médicaux personnels selon les modalités et les buts décrits ci‑dessus.

J’AI PRIS PART à l’élaboration d’un plan éducatif personnalisé et j’approuve le plan proposé et de la demande de financement au ministre de l’Éducation du Manitoba.

**Élève**

*Signature Signature*

*Date Date*

**Veuillez adresser les questions à :   
Administrateur des services aux élèves — Processus et demande de financement  
Coordonnateur de l'accès à l'information et la protection de la vie privée — À propos de ce formulaire**

# Plan Wraparound

Nom :

Date de début du plan Wraparound :

Coordonnateur ou animateur du plan Wraparound *(indiquez lequel)* :

Vision de l’enfant ou du jeune et de son fournisseur de soins (gardien) :

Besoins prioritaires :

Planification en matière de sécurité :

| **1.4 Plan de sécurité initial pour stabiliser toute situation de crise immédiate** | | **Date** |
| --- | --- | --- |
| **Problème de sécurité** | Décrivez le problème, le lieu, les événements déclencheurs, la (les) personne qui était (étaient) présente(s) |  |
| **Prévention** | Indiquez les stratégies, la personne responsable et les objectifs |  |
| **Intervention** | Indiquez les stratégies, la personne responsable et les objectifs |  |

\* *Les nombres correspondent aux sections du Protocole pour les enfants et les jeunes atteints de troubles affectifs et comportementaux graves ou profonds (Enfants en santé Manitoba, 2013)* <www.gov.mb.ca/healthychild/publications/index.fr.html>

Objectifs et plan d’action :

**2.6 Attribution des rôles et des responsabilités**

**Besoin :**

**Objectif :**

**Forces :**

**Mesure et évaluation :**

| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de revue** | **Date de fin** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Besoin :**

**Objectif :**

**Forces :**

**Mesure et évaluation :**

| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de revue** | **Date de fin** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Besoin :**

**Objectif :**

**Forces :**

**Mesure et évaluation :**

| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de revue** | **Date de fin** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Besoin :**

**Objectif :**

**Forces :**

**Mesure et évaluation :**

| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de revue** | **Date de fin** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **2.7 Revue du plan de sécurité initial** | | **Date** |
| --- | --- | --- |
| **Problème de sécurité** | Le problème de sécurité a-t-il été résolu? Y a-t-il encore des préoccupations? |  |
| **Prévention** | Efficacité |  |
| **Intervention** | Efficacité |  |
| **Analyse** | Qu’est-ce qui a été appris et peut être utilisé pour la planification à l’avenir? |  |

| **Planification continue en matière de sécurité et de situation de crise** | | **Date** |
| --- | --- | --- |
| **Problème de sécurité** | Décrivez le problème, le lieu, les événements déclencheurs, la personne qui était présente |  |
| **Prévention** | Indiquez les stratégies, la personne responsable et les objectifs |  |
| **Intervention** | Indiquez les stratégies, la personne responsable et les objectifs |  |
| **Analyse** | Faites des adaptations au besoin |  |

Mise en œuvre :

**3.1 Mise en œuvre du plan Wraparound**

**Dates de suivi spécifique du responsable de cas :**

*\* Les nombres correspondent aux sections du Protocole pour les enfants et les jeunes atteints de troubles affectifs et comportementaux graves ou profonds (Enfants en santé Manitoba, 2013)* www.gov.mb.ca/healthychild/publications/index.fr.html