

# FORMULAIRE DE PRÉSENTATION

## Pour des services aux élèves ayant des troubles visuels

Date: \_\_\_\_\_

Élève: \_\_\_\_\_ Niveau scolaire: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
mois / jour / année

---

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX:

Nom du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ (numéro de boîte/rue)  
\_\_\_\_\_ (ville/village)  
\_\_\_\_\_ (code postal)

---

École: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ (numéro de boîte/rue)  
\_\_\_\_\_ (ville/village)  
\_\_\_\_\_ (code postal)

Titulaire de classe: \_\_\_\_\_ Directeur: \_\_\_\_\_

Orthopédagogue: \_\_\_\_\_ Personne qui fait la référence: \_\_\_\_\_

Division scolaire: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ (numéro de boîte/rue)  
\_\_\_\_\_ (ville/village)  
\_\_\_\_\_ (code postal)

Autres intervenants professionnels: \_\_\_\_\_ Coordonnateur des : \_\_\_\_\_  
services aux élèves :

---

Nom de l'optométriste/  
ophtalmologiste: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ (numéro de boîte/rue) Télécopier: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ville/village)  
\_\_\_\_\_ (code postal)

Date de l'examen: \_\_\_\_\_

Autre information médicale pertinente ou médicament: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**FONCTIONS VISUELLES:**

A. *Décrivez les difficultés visuelles affichées par l'élève:*

---

---

B. *Aides visuelles:*

1) Vérifiez si l'élève se sert de: lunettes: \_\_\_\_\_ loupes: \_\_\_\_\_  
(verres fumés or lunettes)

Commentaires: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. *Compétences visuelles:*

1) Tâches rapprochées (tâches au pupitre: couper, dessiner, lire, dessins, symboles, objets concrets, etc.):

---

---

2) Tâches à distance (tableau noir, mobilité, terrain de jeux, expression corporelle, éducation physique, etc.):

---

---

---

D. *Conditions du milieu:*

1) Source de lumière de préférence (naturelle/artificielle):

---

---

2) Réaction anormale à la lumière (regard fixe/chiquenaude):

---

---

3) Barrières architecturales (bordures de rue, escaliers, entrées de porte, etc.):

---

---

-----

Je demande que des services d'un conseiller pour les élèves malvoyants soient offerts à mon enfant. Je comprends que ceci pourrait inclure une évaluation des fonctions visuelles.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

**A NOTER:** Afin de donner suivi à cette présentation, il est nécessaire de fournir un rapport sur un examen de la vue effectué **durant les 12 derniers mois**. Si le parent/tuteur signe le formulaire du rapport et indique le nom et l'adresse de l'optométriste de l'élève, le Ministère communiquera directement avec celui-ci.

**VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À LA:**

Coordonnatrice des services aux élèves aveugles et malvoyants  
Éducation et Formation Manitoba  
Direction de soutien à l'inclusion  
1181, avenue Portage, bureau 204  
Winnipeg MB R3G 0T3 **Télécopier:** 204-948-3229