

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 demande : |  | Aide financière pour l’année scolaire : |  |

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

1. **Renseignements sur l’élève**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | | | | | | No. de l’élève (METY) : | | | |  | Code d’inscription : | |  |
| Date de naissance : | | | | | | |  | | | Sexe : |  | | | | |
| Âge actuel : | | |  | | | | | | | Année d’études actuelle : | | | |  | |
| École : | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Division scolaire : | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nom du père : | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Personne ou organisme qui en prend soin : | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | Nom et lien de relation | | | | | Nom de l’office de services à l’enfant et à la famille de l’agent | | | | | |
| Tuteur légal : | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Statut légal : | | | | |  | | | | | | | | | | |

1. **Troubles d’ordre affectif ou comportemental**

Indiquez les comportements dangereux les plus sérieux faits à votre égard 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 s’est produit** | | | **Fréquence** |
|  | Maison | École | Communauté |  |
|  | Maison | École | Communauté |  |
|  | Maison | École | Communauté |  |
|  | Maison | École | Communauté |  |

1. **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.).**

|  |
| --- |
|  |

1. **Renseignements sur l’évaluation scolaire la plus récente disponibles :**

### **Au niveau de l’année d’études ou plus.**

*Sinon, veuillez décrire le niveau de rendement scolaire actuel et les raisons du retard.*

|  |
| --- |
|  |

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

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

# Sommaire du niveau général de fonctionnement global ou commentaires et observations additionnels de l’élève (facultatif)

|  |
| --- |
|  |

1. **Renseignements additionnels relatifs au diagnostic, s’il y a lieu :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnostic** | **Date du diagnostic** | **Diagnostic fait par** | **Médicaments pris actuellement** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Membres de l'équipe du Plan cercle de soin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Membres 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 aux élèves *(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.).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable de cas :** |  |

**Dates des réunions de l’année scolaire en cours**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Assiduité**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assiduité |  | / |  | = |  |

(Nombre total de jours de participation/Nombre total de jours de participation possible)

|  |  |
| --- | --- |
| Durée de la journée de classe adoptée par l’école : |  |

Si l’élève n’a pas été à plein temps à l’école ou en classe, veuillez indiquer les arrangements qui ont été faits pour les périodes où il n’était pas à l’école ou en classe et le plan prévu pour son retour à temps plein à l’école ou en classe

|  |
| --- |
|  |

1. **Signatures**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Administrateur des services aux élèves (inscrire le nom) |  | Directeur (inscrire le nom) |
| 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 et de la Formation 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 et de la Formation 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 et de la Formation du Manitoba 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 et de la Formation 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 out 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 susmentionnée et j’approuve le plan proposé et de la demande de financement au ministre de l’Éducation et de la Formation 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 et de la Formation 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 de**

**Plan Cercle de Soin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** |  | **Date début du Plan Cercle de soin :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable de cas :** |  |

**Besoins prioritaires :**

|  |
| --- |
|  |

# Planification en matière de sécurité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Plan de sécurité initial pour stabiliser toute situation de crise immédiate** | | **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 |  |

# Objectifs et plan d’action :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attribution des rôles et des responsabilités** | | | |
| **Besoins :** | | | |
| **Objectif :** | | | |
| **Forces :** | | | |
| **Mesure et évaluation :** | | | |
| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de révision** | **Date de fin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |
| **Besoins :** | | | |
| **Objectif :** | | | |
| **Forces :** | | | |
| **Mesure et évaluation :** | | | |
| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de révision** | **Date de fin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **Besoins :** | | | | |
| **Objectif :** | | | | |
| **Forces :** | | | | |
| **Mesure et évaluation :** | | | | |
| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de révision** | | **Date de fin** |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  | | | | |
| **Besoins :** | | | | |
| **Objectif :** | | | | |
| **Forces :** | | | | |
| **Mesure et évaluation :** | | | | |
| **Stratégie du plan d’action** (quoi, qui, quand, ressources) | **Personne responsable** | **Dates de révision** | **Date de fin** | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Révision 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 qui peut être utilisé pour la planification future? |  |
| **Planification continue de sécurité et de situation de crise** | |  |
| **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 :**

|  |
| --- |
| **Mise en œuvre du Plan Cercle de Soin** |
| Dates de suivi spécifique du responsable de cas |