

**DEMANDE POUR DE L'ENSEIGNEMENT À DOMICILE
FORMULAIRE MÉDICAL
ENSEIGNEMENT À DOMICILE POUR DES RAISONS D'ORDRE MÉDICAL**

Aux parents/tutrices, tuteurs et élèves: En vertu de la directive administrative *ADE09-DA21_Enseignement à domicile pour des raisons d'ordre médical*, la direction responsable de la sécurité et du bien-être des élèves a la responsabilité d'approuver les demandes d'enseignement à domicile pour des raisons d'ordre médical. Elle a également la responsabilité de s'assurer que ces demandes sont justifiées et conformes à la directive administrative. Ainsi, nous vous prions de demander au médecin traitant de l'élève de remplir ce formulaire.

Au médecin traitant : Par l'entremise de la directive administrative *ADE09-DA21_Enseignement à domicile pour des raisons d'ordre médical*, le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario entend s'assurer que les élèves qui doivent s'absenter de l'école pour une période prolongée puissent profiter de services éducatifs adéquats. La direction responsable de la sécurité et du bien-être des élèves a donc la responsabilité d'approuver les demandes d'enseignement à domicile pour des raisons d'ordre médical et de s'assurer que ces demandes soient justifiées et conformes à la directive administrative.

Ainsi, nous vous prions de remplir ce formulaire et de faire parvenir une copie signée à l'attention de la direction de l'école dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Nous vous prions d'écrire sur l'enveloppe de retour la mention **PERSONNEL ET CONFIDENTIEL**. Votre collaboration est grandement appréciée.

Consentement

Nom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

CONSENTEMENT :

J'autorise le médecin traitant de mon enfant, _____ (nom de l'enfant)
à remplir ce formulaire et à le retourner à la direction de l'école.

(Nom de la direction de l'école)

Nom et adresse de l'école

Signature du parent/tutrice ou tuteur : _____

Date : _____

Nom de l'élève : _____

Nom du médecin traitant et adresse : _____

Numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Déclaration du médecin (À être complété par le médecin traitant)

(1) Soignez-vous actuellement l'élève en question ? Oui Non

Si non, veuillez donner des précisions :

(2) Date de début de la condition médicale : _____ / _____ / _____
A M J

Date de l'examen initial : _____ / _____ / _____
A M J

Date de résolution anticipée de la condition médicale actuelle : _____ / _____ / _____
A M J

(3) a) L'élève est-il contagieux ? Oui Non

b) L'élève peut-il interagir avec d'autres élèves ? Oui Non

(4) Quelle est la nature générale de la condition médicale de votre patient(e) (pas de diagnostic) ?

(5) Quelle est la fréquence des consultations médicales de l'élève ? (chaque semaine, chaque mois, autre ?)

(6) À votre connaissance, votre patient(e) est-il/elle dans l'incapacité de fréquenter l'école de façon régulière ? Oui Non

Si oui, quelles sont les raisons pour lesquelles votre patient(e) est incapable de fréquenter l'école (pas de diagnostic) ?

(7) En fonction des restrictions ou limitations de votre patient(e), quels accommodements selon vous pourraient permettre à votre patient(e) de participer à un horaire de classe régulier ou modifié, le cas échéant ?

(8) Quand prévoyez-vous que votre patient(e) pourra retourner à l'école de façon régulière ?

a) À un horaire de classe régulier : _____ / _____ / _____
A M J

b) À un horaire de classe modifié : _____ / _____ / _____
A M J

(9) Des médicaments ont-ils été prescrits à votre patient(e) ayant comme effet d'affaiblir ou de porter atteinte à son jugement ?

Oui Non

(10) Quelle est la nature du plan de traitement de votre patient(e) ? (ex. : prescriptions médicales, chirurgie anticipée, référence à un spécialiste ou thérapeute, etc.)

(11) Veuillez décrire le plan de traitement futur pour votre patient(e) (ex. : prescriptions médicales, chirurgie anticipée, attente pour voir un spécialiste ou thérapeute, etc.) et les effets que ce dernier pourrait avoir sur le retour à l'école de l'élève ?

(12) D'après vous, est-ce que votre patient(e) et/ou ses parents/tutrice ou tuteur suivent le traitement prescrit ?

Oui Non

Si non, veuillez fournir des explications :

Document confidentiel