



PLAN D'INTERVENTION

NOM :	Étiquette d'identification
ÉCOLE :	DEGRÉ :
DATE :	CODE :

PARTENAIRES DU PLAN D'INTERVENTION

(Cocher si présent à la rencontre)

✓	FONCTION	NOM	SIGNATURE
<input type="checkbox"/>	Directeur/trice		
<input type="checkbox"/>	Parent(s) <input type="checkbox"/>		
Avez-vous demandé et reçu le guide d'information pour les parents d'enfants EHDA ?			
<input type="checkbox"/>	Enseignant(e)s		
<input type="checkbox"/>	Élève		
<input type="checkbox"/>	Orthopédagogue		
<input type="checkbox"/>	Psychoéducateur/trice		
<input type="checkbox"/>	Psychologue Conseiller/ère en rééducation		
<input type="checkbox"/>	Conseiller/ère pédagogique		
<input type="checkbox"/>	Conseiller/ère d'orientation		
<input type="checkbox"/>	Orthophoniste		
<input type="checkbox"/>	Technicien/ne en éducation spécialisée		
<input type="checkbox"/>	Préposé/e aux élèves handicapés		
<input type="checkbox"/>	DASSC		
<input type="checkbox"/>	Intervenant(e)s/CSSS		
<input type="checkbox"/>	D.P.J		
<input type="checkbox"/>	Autre		

1

CONSTAT DES BESOINS DE L'ÉLÈVE

CAPACITÉS

ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ÉLÈVE

BESOINS

CHAMPS D'INTERVENTION

Apprentissage
 Comportement
 Psychologique
 Communication/langage
 Socio/familial
 Physique
 Suivi externe
 Autres : _____

Les parents ont été convoqués le : _____
 Par : _____
 Signature de la direction : _____
 Date : _____



NOM DE L'ÉLÈVE

DATE

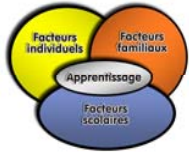
2

MESURES D'APPUI À L'ÉLÈVE

	OBJECTIFS	MOYENS D'ACTION (STRATÉGIES – ACTIVITÉS)	INDICATEURS DE RÉUSSITE ÉCHÉANCES	NOM ET FONCTION DES PARTENAIRES
OBJECTIF 1				
OBJECTIF 2				
OBJECTIF 3				

(1) Préciser le temps accordé selon le type de services professionnels offerts.

DATE DE RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION :



NOM DE L'ÉLÈVE

DATE

3

SUIVI AUX MESURES D'APPUI À L'ÉLÈVE : RÉVISION

OBSERVATIONS - INTERVENTIONS – MODALITÉS

NOM ET FONCTION DES PARTENAIRES

OBJECTIF

1

OBJECTIF
 Atteint
 À poursuivre

OBJECTIF

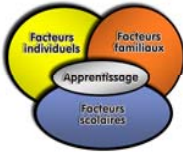
2

OBJECTIF
 Atteint
 À poursuivre

OBJECTIF

3

OBJECTIF
 Atteint
 À poursuivre



NOM DE L'ÉLÈVE

DATE

4

ÉVALUATION DU PLAN D'INTERVENTION

IMPACT DES INTERVENTIONS ET DES MESURES D'APPUI ACCORDÉES

NOM ET FONCTION DES PARTENAIRES

OBJECTIF	
OBJECTIF	
OBJECTIF	

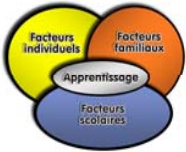
SIGNATURES

Élève	_____
Parent(s)	_____
Enseignant(e)	_____
Direction	_____
Professionnel(s) / autre(s) intervenant(s)	_____

RECOMMANDATIONS

PLAN D'INTERVENTION		CODE DE DIFFICULTÉ	
MAINTIEN	<input type="text"/>	ATTRIBUTION	<input type="text"/>
FIN	<input type="text"/>	MAINTIEN	<input type="text"/>
		MODIFICATION	<input type="text"/>
		RETRAIT	<input type="text"/>

IMPORTANT
L'original du plan d'intervention doit être versé au dossier d'aide à l'élève et on doit en limiter le nombre de copies à des fins de confidentialité. Toutefois, une copie doit être envoyée aux parents.



NOM DE L'ÉLÈVE

DATE

5

MESURES DE SOUTIEN ACCORDÉES AUX ENSEIGNANTS/ES CONCERNÉS/ÉES

LISTE DES ENSEIGNANTS/ES POUR LESQUELS/LES DES MESURES DE SOUTIEN SONT MISES EN PLACE	MESURES DE SOUTIEN ACCORDÉES
---	------------------------------

(Cocher si l'enseignant/e ne souhaite pas obtenir de mesure de soutien)

L'enseignant/e ne désire pas obtenir de mesure de soutien spécifique

NOM