



## FICHE DE LIAISON À COMPLÉTER PAR LES CENTRES PMS ET PSE

**INCLURE ICI LE LOGO DE L'INSTITUTION**

Concerne :

Sexe :

Date de naissance :

École/Classe :

### MOTIF DE LA DEMANDE

**Initié par :**  élève  parent  école  médecin de famille  autre :

**Problème principal :**

(cochez tout ce qui s'applique)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impulsivité                | <input type="checkbox"/> Inattention    | <input type="checkbox"/> Hyperactivité         |
| <input type="checkbox"/> Désorganisation            | <input type="checkbox"/> Humeur/anxiété | <input type="checkbox"/> Procrastination       |
| <input type="checkbox"/> Estime de soi              | <input type="checkbox"/> Agressivité    | <input type="checkbox"/> Difficultés scolaires |
| <input type="checkbox"/> Consommation de substances |   |  |
| <input type="checkbox"/> Autre :                    |   |  |

**Détails :**



## DONNÉES SOCIALES ET FAMILIALES (réalisées le ... / ... / ... )

## DONNÉES PSYCHOLOGIQUES

### Evaluation intellectuelle

Date de passation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :

Observations comportementales :

### Evaluation affective

Date de passation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :



**Autres**

Date de passation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :

**DONNÉES PÉDAGOGIQUES**

**Evaluation pédagogique**

Date de réalisation : ... / ... / ...

Batterie utilisée :

Résultats :

**Observations en milieu scolaire / Contact avec l'enseignant** (Date : ... / ... / ... )

**Aménagements scolaires éventuels**



## QUESTIONNAIRES

Date : ... / ... / ...

Nom du questionnaire :

Ce qu'il en ressort :

En annexe : oui / non

## INFORMATIONS MÉDICALES (PSE)

Date : ... / ... / ...

Nous vous invitons à prendre contact avec notre service pour obtenir des résultats plus détaillés et discuter de l'enfant.

Dossier réalisé par :

Date :

Téléphone :

Signature et cachet :