

Installation : _____

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'ÉCOLE

*Portrait de l'école en date du : _____

aaaa/mm/jj

Nom de la direction : _____		Nom de l'adjoint : _____	
Établissement :	☐ Public	☐ Privé	
Commission scolaire	☐ Des Grandes-Seigneuries ☐ Vallée des Tisserands ☐ Des Hautes-Rivières	☐ River-Side ☐ New Frontiers ☐ Des Trois-Lacs ☐ Lester B Pearson	
Langue d'enseignement :	☐ Français ☐ Anglais	☐ Francisation ☐ Autre : _____	
Niveaux scolaires :	☐ Préscolaire (4 ans) ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ 1 ^{er} cycle ☐ 2 ^e cycle ☐ 3 ^e cycle ☐ Secondaire ☐ 1 ^{er} cycle ☐ 2 ^e cycle ☐ 3 ^e cycle	Profils particuliers : ☐ PEI ☐ Art ☐ Musique ☐ Sportif : _____ ☐ Mathématique/science ☐ Parcours axé sur l'emploi ☐ Raccrocheur ☐ Autre : _____	
Groupes adaptés :	☐ Oui ☐ Non	Nombre de classe : _____ Type de classe : ☐ À l'éveil ☐ À l'éveil à la réalité ☐ Développement pédagogique ☐ Développement social et pédagogique ☐ Développement multifonctionnel ☐ Développement multisensoriel ☐ Développement ressource personnelle ☐ Développement du langage	
Ressources par l'école :	☐ Orthophoniste ☐ Psychoéducateur ☐ Psychologue ☐ Éducatrice ☐ Conseiller en orientation	☐ Technicienne en loisir ☐ SASEC ☐ Préposé pour élève handicapé ☐ Autre : _____ ☐ Autre : _____	
Service de garde :	☐ Oui ☐ Non		
Service des dineurs :	☐ Oui ☐ Non	☐ Cafétéria ☐ Service de traiteur	

* S'il y a changements, compléter une nouvelle feuille.

Profil de santé de l'école

Année scolaire En cours	Nombre d'élèves au 30 septembre	Nombre d'élèves ayant une particularité de santé (Plan d'intervention individualisé) en date du 31 octobre				Complété par (signature)	Titre d'emploi	Date aaaa/mm/jj
		Allergie	Diabète	Épilepsie	Autre (spécifiez)			