



GESTION ET SOINS D'UN ANIMAL D'ASSISTANCE

Nom de l'élève : _____ Année d'étude : _____ École : _____ Enseignant(s) : _____ Animal et race : _____ Nom de l'animal : _____	Photo de l'élève
---	---------------------

Nom des adultes accompagnateurs de l'élève
1.
2.
3.
Les soins de l'animal d'assistance sont la responsabilité des parents de l'élève possédant l'animal. Les soins se feront par l'élève possédant l'animal sous la supervision des personnes nommées ci-dessus. Le personnel du Conseil scolaire de district catholique des Aurores boréales n'assume aucune responsabilité en ce qui a trait aux soins de l'animal.

Renseignements sur la manière dont l'animal d'assistance répond aux besoins de l'élève :

GESTION QUOTIDIENNE	
Besoins d'eau et de nourriture :	
Besoins physiques : (Par exemple : endroit où l'animal fait ses besoins, périodes de repos, périodes de chaleur ou de grand froid, etc.)	
Considérations particulières lors des repas / collations :	
Considérations particulières à l'extérieur / lors des sorties :	
Planification des transitions pour les déplacements et routines quotidiennes	
Planification des transitions pour les déplacements et routines quotidiennes :	

Les dates de l'intégration de l'élève avec l'animal d'assistance : _____

Date de la visite à l'école avant ou après les heures de classe pour familiariser l'animal d'assistance avec l'établissement : _____

PRÉVISIONS EN CAS D'ÉVACUATION OU CONFINEMENT BARRICADÉ

Mesures de sécurité :

AUTORISATION ET COMMUNICATION DU PLAN

Partenaires à contacter au sujet de ce plan :

Programme avant l'école Oui Non _____
Programme après l'école Oui Non _____

Conducteur d'autobus scolaire (n° du trajet) _____

Autres : _____

En vertu de la Loi sur l'accès à l'information et à la vie privée, je donne mon consentement par écrit afin d'autoriser l'école à divulguer ces renseignements lorsque nécessaire.

- Oui Non Consentement parental pour partager avec le personnel pertinent des informations sur les signes et symptômes.
- Oui Non Consentement parental pour partager avec d'autres élèves des informations sur les signes et symptômes.

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20__-20__ sans être modifié.

Il appartient au/aux parent(s) d'aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

- Prochaine révision annuelle à l'horaire : _____
- Révision demandée par le parent : _____
- Révision à l'horaire pour effectuer une transition (ex. changement d'école) : _____

Signature du parent / tuteur

Date

Signature de l'élève (*facultatif*)

Date

Signature de la direction d'école

Date