

Suivi des tâches

CAPS ou DÉFIS

Nom de l'élève : _____

Niveau de soutien (légende)

● : Soutien constant ● : Soutien fréquent ● : Soutien occasionnel ● : Autonome

Date	Type de tâche	Niveau de soutien	Observations	Initiales intervenant

Suivi des tâches

CAPS ou DÉFIS

Nom de l'élève : _____

Niveau de soutien (légende)

● : Soutien constant ● : Soutien fréquent ● : Soutien occasionnel ● : Autonome

Date	Type de tâche	Niveau de soutien	Observations	Initiales intervenant