

FORMULAIRE : Accès aux services complémentaires

IDENTIFICATION PERSONNELLE

Date de la demande :	
Nom et prénom de l'enfant :	
Code permanent de l'enfant (si connu) :	
Date de naissance :	
Nom et prénom du parent :	
Adresse :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

<i>AVEC rapport détaillé d'un professionnel (à joindre à la présente demande)</i>	<i>SANS rapport détaillé d'un professionnel</i>
<input type="checkbox"/> Psychologie (rapport d'un psychologue, conseiller en orientation, médecin) Date du rapport: _____	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaire et professionnelle
<input type="checkbox"/> Orthophonie (rapport d'un orthophoniste) Date du rapport: _____	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogue (rapport d'un orthopédagogue, médecin) Date du rapport: _____	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

Référence : MEES L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA).

Description détaillée des difficultés de l'enfant nécessitant le service complémentaire demandé :

Signature du parent

Date

Signature de la personne désignée
par le Centre de services scolaire

Date

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse courriel suivante :
enseignementalamaisonparlesparents@csmv.qc.ca