

ANNEXE 4 FORMULAIRE - ACCÈS AUX SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Référence : section 7.4.

IDENTIFICATION PERSONNELLE
Date de la demande : _____
Nom et prénom de l'enfant : _____
Code permanent de l'enfant : _____
Date de naissance de l'enfant : _____
Nom et prénom du parent : _____
Adresse : _____ _____
Adresse courriel : _____
Numéro de téléphone : _____

SERVICE COMPLÉMENTAIRE	
<input type="checkbox"/> Psychologie (psychologue, conseiller d'orientation, médecin)*	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaire et professionnelle
<input type="checkbox"/> Orthophonie (orthophoniste)*	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie (orthopédagogue, médecin)	<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 demandé :

ESPACE RÉSERVÉE À L'ÉCOLE

Demande autorisée

Demande refusée

Motif du refus : _____

Date : _____ Personne
ressource : _____

Service disponible à l'école : Oui Non

Date de début du service : _____

RÉPONSE DU PARENT POUR LE SERVICE OFFERT

Accepté

Refusé

Motif du refus : _____

Date de la réponse : _____

Signature du parent

Date

Signature de la direction

Date

Veillez retourner ce formulaire à l'école de quartier