

ANNEXE 4

Référence : *Écrits de gestion sur L'enseignement à la maison, section 7.4*

IDENTIFICATION PERSONNEL	
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	
Avec rapport détaillé d'un professionnel	Sans rapport détaillé d'un professionnel
<input type="checkbox"/> Psychologie (psychologue, conseiller d'orientation, médecin)	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires 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 complémentaire demandé :

ANNEXE 4 (suite)

CONCLUSION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE SUR LES BESOINS DE L'ENFANT	
<input type="checkbox"/> Demande autorisée	<input type="checkbox"/> Demande refusée
Motif du refus : _____	
Date : _____ Personne-ressource à l'école : _____	
Service disponible à l'école :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de début du service complémentaire : _____	
RÉPONSE DU PARENT POUR LE SERVICE OFFERT	
<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé
Motif du refus : _____	
Date de la réponse : _____	

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du parent

Date

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature de la personne désignée par le centre de services scolaire

Date

Veuillez retourner ce formulaire à l'attention de : _____

à l'adresse courriel suivant : _____