



Annexe 5

Demande de services complémentaires

IDENTIFICATION PERSONNELLE de l'enfant

Date de la demande : _____

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Code permanent de l'enfant (si connu) : _____

Date de naissance : _____

Niveau scolaire : ☐ Primaire _____ ☐ Secondaire _____

Date à laquelle l'enfant a cessé ou cessera de fréquenter
un établissement scolaire : _____

Nom de l'école du
quartier : _____

Service demandé :

Orthopédagogie ☐ Éducation spécialisée ☐ Psychologue ☐

Orthophonie ☐ Psychoéducation ☐ Information et orientation scolaires ☐

A. Précisez les signes, symptômes, comportements, observations qui vous amènent à demander ce service complémentaire :

B. Depuis combien de temps ces signes, symptômes ou comportements sont-ils observés ?

C. Décrivez les interventions qui ont été expérimentées par la personne responsable de la scolarisation de l'enfant, en lien à la problématique décrite au point A :

D. Y a-t-il déjà eu un organisme, un service qui ont déjà été sollicités en lien à cette problématique ? (ex. : CIUSS, service privé, etc.)

E. Autres commentaires :

Dossiers à joindre à la demande des services complémentaires

- ☐ Rapport récent du professionnel
- ☐ Formulaire du consentement de transfert d'information entre professionnels

Nom du parent

Date

Envoyer ce présent avis par courriel : scolarisation_maison@cssduroy.qc.ca