

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

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 professionnelles
<input type="checkbox"/> Orthophonie (orthophoniste) *	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie (orthopédagogue, médecin)	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

* Référence : MEQ, 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, en lien avec le soutien en apprentissage, nécessitant le service complémentaire demandé :

Signature du parent

Date

Veuillez retourner ce formulaire ainsi que le plan d'apprentissage de votre enfant à l'adresse courriel suivante : Enseignement-maison@csspi.gouv.qc.ca

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

CONCLUSION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE SUR LES BESOINS DE L'ENFANT

Demande autorisée

Demande refusée

Motif du refus :

Date :

Personne-ressource à l'école de quartier :

Service disponible à l'école de quartier : Oui Non

Date de début du service complémentaire :

Signature de la personne désignée par le centre de services scolaire

Date

RÉPONSE DU PARENT POUR LE SERVICE OFFERT

Accepté

Refusé

Motif du refus :

Signature du parent

Date de la réponse