

ANNEXE 4

FORMULAIRE 4 : Accès aux services complémentaires

Référence : Écrit de gestion sur l'enseignement à la maison : section 7.4.

IDENTIFICATION PERSONNELLE	
Date de la demande :	
Nom et prénom de l'enfant :	
Code permanent de l'enfant :	
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) * (préscolaire et 1 ^{er} cycle primaire)	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie (orthopédagogue)	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

Description détaillée des difficultés de l'enfant, en lien avec le soutien en apprentissage, justifiant le service complémentaire demandé :

*J'ai joint à cette demande une copie du projet d'apprentissage de mon enfant.

Signature du parent

Date

Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse courriel suivante : enseignement.maison@cssamares.qc.ca

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

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES SAMARES

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

Demande autorisée Demande refusée

Informations complémentaires : _____

Date : _____ Personne-ressource à l'école : _____

Service disponible à l'école : Oui Non

Date de début du service complémentaire : _____

Suite à la conclusion du centre de services scolaire, veuillez compléter cette section et nous la retourner par courriel : enseignement.maison@cssamares.qc.ca

RÉPONSE DU PARENT POUR LE SERVICE OFFERT

Accepté Refusé

Motif du refus : _____

Date de la réponse : _____

Signature du parent :