

Annexe 5

DEMANDE DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES

* Joindre le projet d'apprentissage et tout rapport récent pertinent à la demande.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :	Nom :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Code permanent :
Adresse :	

IDENTIFICATION DU PARENT

Prénom :	Nom :
Lien avec l'enfant : Père Mère Tuteur/Tutrice	Courriel :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (cell.) :

SERVICE COMPLÉMENTAIRE DEMANDÉ (un seul par demande)

Éducation spécialisée	Psychologie
Orthopédagogie	Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
Orthophonie	Soutien à l'utilisation des ressources documentaires de la bibliothèque scolaire
Psychoéducation	

Description détaillée des difficultés de l'enfant (et du diagnostic, s'il y a lieu) nécessitant le service complémentaire demandé :

Problématique qui compromet le cheminement scolaire

Description détaillée des mesures correctives (mesures d'aide) mises en place, incluant la fréquence et la période :

--

SIGNATURE DU PARENT	
Signature :	Date (jj/mm/aaaa) :

(L'envoi de ce formulaire par courriel fait foi de signature.)

**Veillez transmettre ce formulaire par courriel à l'adresse :
enseignement-maison@cscotesud.qc.ca**

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE								
<i>Étude de cas</i>								
Date :	Heure :							
Lieu :								
Personnes présentes :								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Demande autorisée</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Demande refusée</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Demande modifiée</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Motif de la décision :</td> </tr> </table>			Demande autorisée	Demande refusée	Demande modifiée	Motif de la décision :		
Demande autorisée	Demande refusée	Demande modifiée						
Motif de la décision :								
Signature :	Date (jj/mm/aaaa) :							