

Annexe 1

ÉPREUVE IMPOSÉE PAR LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE OU LE MINISTRE

* Joindre le projet d'apprentissage.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Prénom :	Nom :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Code permanent :
Adresse :	

IDENTIFICATION DU PARENT	
Prénom :	Nom :
Courriel :	
Téléphone (rés.) :	Téléphone (cell.) :

Veuillez cocher les épreuves désirées en lien avec le projet d'apprentissage de votre enfant.

ÉPREUVES	PRIMAIRE	SECONDAIRE
Français : lecture	4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Français : écriture	4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Mathématique	6 <input type="checkbox"/>	4 CST <input type="checkbox"/> 4 TS <input type="checkbox"/> 4 SN <input type="checkbox"/>
Anglais		5 <input type="checkbox"/>
Histoire du Québec et du Canada *		4 <input type="checkbox"/>
Sciences (volet théorie)		4 ST <input type="checkbox"/> 4 ATS <input type="checkbox"/>

MESURES ADAPTATIVES RECONNUES PAR LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE

* Joindre toute pièce justificative

Matière	Description des mesures d'aide
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

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