

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 :
Courriel :	
Téléphone (rés.) :	Téléphone (cell.) :

SERVICE COMPLÉMENTAIRE DEMANDÉ

<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée	<input type="checkbox"/> Psychologie
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Soutien à l'utilisation des ressources documentaires de la bibliothèque scolaire
<input type="checkbox"/> Psychoéducation	

* Joindre la recommandation du spécialiste

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

<p>Problématique qui compromet le cheminement scolaire</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--

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.)

Veuillez 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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>				
<input type="checkbox"/> Demande autorisée <input type="checkbox"/> Demande refusée <input type="checkbox"/> Demande modifiée					
Motif de la décision :					
Signature :	Date (jj/mm/aaaa) :				