

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	
☐ 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.)

Veuillez transmettre ce formulaire par courriel à l'adresse :

enseignement-maison@csscotesud.gouv.qc.ca

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE

Étude de cas

Date :

Heure :

Lieu :

Personnes présentes :

☐

Demande autorisée

☐

Demande refusée

☐

Demande modifiée

Motif de la décision :

Signature :

Date (jj/mm/aaaa) :