

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 ☐ 6 ☐	
Français : écriture	4 ☐ 6 ☐	2 ☐ 5 ☐
Mathématique	6 ☐	4 CST ☐ 4 TS ☐ 4 SN ☐
Anglais		5 ☐
Histoire du Québec et du Canada		4 ☐
Sciences (volet théorie)		4 ST ☐ 4 ATS ☐

MESURES ADAPTATIVES RECONNUES PAR LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE

* Joindre toute pièce justificative

Matière	Description des mesures d'aide

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