

Formulaire de demande d'accès aux services complémentaires

Date de la demande : _____

Identification de l'élève

Nom : _____ Prénom : _____
 DDN : _____ Code permanent : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Courriel : _____
 Nom/prénom d'un parent-éducateur : _____

Services complémentaires demandés

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Orthopédagogie | <input type="checkbox"/> Travail social |
| <input type="checkbox"/> Psychoéducation | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Éducation spécialisée |
| <input type="checkbox"/> Soutien à l'utilisation des
ressources documentaires | <input type="checkbox"/> Information et orientation
scolaires et professionnelles | |

Détails de la demande de services complémentaires

Description détaillée des difficultés ou du besoin de l'enfant, en lien avec le soutien en apprentissage, nécessitant le service complémentaire demandé :

Interventions réalisées à ce jour en lien avec la problématique ou le besoin :

Rapport d'un professionnel reconnu appuyant la demande (si oui, joindre à la demande) : OUI NON

Spécialiste	Date de l'évaluation	Recommandation

J'ai joint le projet d'apprentissage de mon enfant.

Signature du parent-éducateur

Date

Veuillez retourner le formulaire complété et signé à l'adresse courriel suivante : enseignement.maison@csrsaguenay.qc.ca

Espace réservé à la direction de l'école

Le projet d'apprentissage de l'élève a été fourni par le parent-éducateur : OUI NON

Décision de la direction _____

Documents complémentaires à fournir pour poursuivre l'analyse de la demande : _____

Signature de la direction de l'école

Date