

ANNEXE 4

FORMULAIRE : Accès aux services complémentaires

*Référence : Écrits de gestion sur l'enseignement à la maison : section 7.4.

IDENTIFICATION PERSONNELLE	
Date de la demande :	
Nom et prénom de l'enfant :	
Code permanent de l'enfant (si connu) :	
Date de naissance :	
Nom et prénom du parent :	
Adresse :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	

SERVICES COMPLÉMENTAIRES	
AVEC rapport détaillé d'un professionnel	SANS rapport détaillé d'un professionnel
<input type="checkbox"/> Psychologie (psychologue, conseiller d'orientation, médecin) *	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
<input type="checkbox"/> Orthophonie (orthophoniste)	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie (orthopédagogue, médecin)	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

*Référence : MEES, L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)

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

Nom de l'enfant :	Date :
Nom du parent :	Date :

Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse courriel suivante : Enseignement_Maison@cslaval.qc.ca