

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
☐ Psychologie (psychologue, conseiller d'orientation, médecin) *	☐ Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
☐ Orthophonie (orthophoniste) *	☐ Psychoéducation
☐ Orthopédagogie (orthopédagogue, médecin)	☐ 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 :

ANNEXE 4 (suite)

Signature du parent

Date

Retourner ce formulaire à l'adresse courriel suivante : enseignement.maison@csslaurentides.gouv.qc.ca

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES LAURENTIDES	
CONCLUSION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES LAURENTIDES SUR LES BESOINS DE L'ENFANT	
☐ Demande autorisée	☐ Demande refusée
Motif du refus : 	
Date : _____	Personne-ressource à l'école de quartier: _____
Service disponible à l'école de quartier : ☐ Oui ☐ Non	
Date de début du service complémentaire : _____	
Signature de la personne désignée par le centre de services scolaire : _____	
Date : _____	

RÉPONSE DU PARENT POUR LE SERVICE OFFERT	
☐ Accepté	☐ Refusé
Motif du refus : 	
Date de la réponse : _____	
Signature du parent : _____	