



Annexe 2

Accès aux services complémentaires

IDENTIFICATION PERSONNELLE

Date de la demande : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Code permanent de l'enfant (si connu) : _____

Date de naissance : _____

Niveau de scolarité : _____

Nom et prénom du parent : _____

Adresse : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Psychoéducation |
| <input type="checkbox"/> Orthopédagogie | <input type="checkbox"/> Éducation spécialisée |
| <input type="checkbox"/> Bibliothécaire | |

Quelles sont les raisons de votre demande ? Vous pouvez joindre des pièces justificatives à votre demande.

L'école procédera à l'évaluation du dossier de l'élève et selon la disponibilité des professionnels et de la priorisation de l'ensemble des demandes reçues, une réponse écrite quant à la décision et aux modalités de service, sera acheminée aux parents.

RÉPONSE DE LA DIRECTION D'ÉCOLE SUR LES BESOINS DE L'ENFANT

Demande autorisée

Demande refusée

Demande en attente

Motif du refus : _____

Date: _____

Service disponible à l'école : Oui Non

Date du début du service complémentaire : _____

Modalité du service :

Signature du parent

Date

Signature de la direction d'école

Date

Une fois le formulaire rempli, veuillez le retourner à votre école territoire.