

Formulaire - Accès aux services complémentaires

Référence : Écrit 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)	☐ Éducation spécialisée

* Veuillez joindre le rapport du professionnel à ce formulaire.

** 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 nécessitant le service complémentaire demandé :
--

Signature du parent : _____ Date : _____

Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse courriel suivante : enseignementmaison@cssmi.qc.ca

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE

CONCLUSION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRES SUR LES BESOINS DE L'ENFANT

Demande autorisée : ☐ **Demande refusée :** ☐

Motif du refus : _____

Personne-ressource à l'école : _____ Date : _____

Service disponible à l'école : :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

Service accepté ☐ **Service refusé** ☐

Motif du refus :

Date de la réponse : _____