

ANNEXE 4

FORMULAIRE 4 : 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
<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

* Veuillez joindre le rapport du professionnel avec le formulaire.

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

Description détaillée des difficultés de l'enfant nécessitant le service complémentaire demandé :

ANNEXE 4

CONCLUSION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE SUR LES BESOINS DE L'ENFANT	
<input type="checkbox"/> Demande autorisée	<input type="checkbox"/> Demande refusée
Motif du refus : _____ _____	
Date : _____ Personne-ressource à l'école : _____	
Service disponible à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Accepté	<input type="checkbox"/> Refusé
Motif du refus : _____ _____	
Date de la réponse : _____	

Signature du parent

Date

Veuillez retourner ce formulaire à l'attention de Karine Lachance, conseillère pédagogique,
à l'adresse courriel suivante : karine.lachance@cssmi.qc.ca.