

Formulaire 4 : Accès aux services complémentaires

Identification de l'enfant	
Nom :	
Code permanent :	
Date de naissance :	
Nom du parent :	
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

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

Conclusion de la commission scolaire sur les besoins de l'enfant		
<input type="checkbox"/> La demande est refusée		
Motif du refus :		
<input type="checkbox"/> La demande est acceptée		
Service proposé :		
Date(s) du service :		
Signature de la personne désignée par la commission scolaire :		Date :
Réponse du parent pour le service offert		
<input type="checkbox"/> Le service est refusé		

Motif du refus :		
<input type="checkbox"/> Le service est accepté		
Date(s) du service :		
Signature du parent :		Date :