

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Identification de l'élève**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom/prénom du parent-éducateur : \_\_\_\_\_

**Services complémentaires demandés**

- Psychologie
  Orthopédagogie
  Éducation spécialisée  
 Psychoéducation
  Orthophonie  
 Soutien à l'utilisation des ressources documentaires
  Information et orientation scolaires et professionnelles

**Détails de la demande de services complémentaires**

Description détaillée des difficultés ou du besoin de l'enfant, en lien avec le soutien en apprentissage, nécessitant le service complémentaire demandé :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interventions réalisées à ce jour en lien avec la problématique ou le besoin :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rapport d'un professionnel reconnu appuyant la demande (si oui, joindre à la demande) :  OUI  NON

Spécialiste	Date de l'évaluation	Recommandation

J'ai joint le projet d'apprentissage de mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent-éducateur

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez retourner le formulaire complété et signé à l'adresse courriel suivante : [enseignement.maison@csjonquiere.qc.ca](mailto:enseignement.maison@csjonquiere.qc.ca)

Espace réservé à la direction de l'école

Le projet d'apprentissage de l'élève a été fourni par le parent-éducateur : OUI  NON

Décision de la direction : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction de l'école

\_\_\_\_\_  
Date