



ANNEXE 4: Demande de service(s) complémentaire(s)

*Les services offerts comprennent des évaluations diagnostiques et des consultations, et non les services thérapeutiques.

INDENTIFICATION PERSONNELLE	
Nom complet de l'enfant:	
Code permanent:	
Date de naissance:	
Nom complet du parent:	
Adresse:	
Adresse courriel:	
Numéro de téléphone:	

Veuillez indiquer le(s) service(s) complémentaire(s) dont vous avez besoin:

DEMANDE D'ÉVALUATION *un rapport détaillé sera fourni
☐ Psychologue
☐ Orthophoniste
☐ Ergothérapeute

DEMANDE DE CONSULTATION
☐ Conseiller(ère) d'orientation
☐ Conseiller(ère) GOAL
☐ Conseiller(ère) en éducation spécialisée
☐ Conseiller(ère) en matière de troubles du spectre autistique

N.B.: Le *projet d'apprentissage* doit être soumis à la CSEM afin de traiter cette demande. Veuillez vous assurer que le *projet d'apprentissage* est joint à cette demande, s'il n'a pas déjà été envoyé.