

**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  Travail social  
 Psychoéducation  Orthophonie  Éducation spécialisée  
 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 à l'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 à la présente demande.

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

\_\_\_\_\_  
Date

**Espace réservé à la direction de l'école**

**Décision de la direction :**

**Documents complémentaires à fournir pour poursuivre l'analyse de la demande :**

Le projet d'apprentissage a été fourni par le parent-éducateur :  Oui  Non

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

\_\_\_\_\_  
Date

**Ce document est acheminé aux parents et une copie doit être conservée dans un dossier au nom de l'enfant à l'école.**