

DEMANDE DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES

IDENTIFICATION PERSONNELLE	
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	
Psychologie, psychoéducation	Éducation spécialisée
Orthophonie	Information et orientation scolaire et professionnelle
Orthopédagogie	Soutien à l'utilisation des ressources documentaires de la bibliothèque scolaire

Description détaillée des difficultés de l'enfant nécessitant le ou les services complémentaires :

--

Annexe 4 (suite)

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE	
<i>Étude de cas</i>	
Date :	
Heure :	
Endroit :	
Personnes présentes :	

Signature du parent

Date

Signature de la personne autorisée
par le centre de services scolaire

Date

**Veillez acheminer ce formulaire aux Services éducatifs
à l'adresse courriel suivante :**

enseignement.maison@csscharlevoix.gouv.qc.ca