

## ANNEXE 4

### FORMULAIRE 4 : Accès aux services complémentaires

Référence : Écrit de gestion sur l'enseignement à la maison : section 7.4.

IDENTIFICATION PERSONNELLE	
Date de la demande :	
Nom et prénom de l'enfant :	
Code permanent de l'enfant :	
Date de naissance :	
Nom et prénom du parent :	
Adresse :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	

SERVICES COMPLÉMENTAIRES	
AVEC rapport détaillé d'un professionnel*	SANS rapport détaillé d'un professionnel
<input type="checkbox"/> Psychologie (psychologue, conseiller d'orientation, médecin) *	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
<input type="checkbox"/> Orthophonie (orthophoniste) *	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie (orthopédagogue)	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

Description détaillée des difficultés de l'enfant, en lien avec le soutien en apprentissage, justifiant le service complémentaire demandé :

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse courriel suivante : [enseignement.maison@cssamares.qc.ca](mailto:enseignement.maison@cssamares.qc.ca)

\* Référence : MEES L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)

**ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES SAMARES**

**CONCLUSION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE SUR LES BESOINS DE L'ENFANT**

Demande autorisée  Demande refusée

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Personne-ressource à l'école : \_\_\_\_\_

Service disponible à l'école :  Oui  Non

Date de début du service complémentaire : \_\_\_\_\_

Suite à la conclusion du centre de services scolaire, veuillez compléter cette section et nous la retourner par courriel : [enseignement.maison@cssamares.qc.ca](mailto:enseignement.maison@cssamares.qc.ca)

**RÉPONSE DU PARENT POUR LE SERVICE OFFERT**

Accepté  Refusé

Motif du refus : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de la réponse : \_\_\_\_\_

Signature du parent :