

Annexe 4

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 :	

SERVICE COMPLÉMENTAIRE DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

Description détaillée des difficultés de l'enfant nécessitant le service complémentaire demandé :

Annexe 4 (suite)

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE

Étude de cas

Date :	
Heure :	
Endroit :	
Personnes présentes :	

Signature du parent

Date de la demande

Signature de la personne
autorisée par le Centre de services scolaire

Date

**Veillez acheminer ce formulaire aux Services éducatifs
à l'adresse courriel suivante : sed@cspportneuf.qc.ca**