

## 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

**Veuillez acheminer ce formulaire aux Services éducatifs  
à l'adresse courriel suivante : [EALM@csssportneuf.qc.ca](mailto:EALM@csssportneuf.qc.ca)**