

Cueillette d'informations : services professionnels et besoins de votre enfant

Chers parents,

Afin d'assurer une approche adaptée aux besoins des nouveaux élèves de maternelle et dans le but de porter une attention particulière à votre enfant, nous vous proposons de **remplir ce formulaire sur les services dont votre enfant aurait bénéficié**. En le complétant, vous nous permettez de mieux le connaître et de mieux nous préparer à l'accueillir dès les premiers jours.

Si votre enfant fréquente un service de garde à l'enfance, nous vous invitons à nous acheminer, dès que possible, le « Portrait périodique de l'enfant » que son éducatrice vous a remis en décembre dernier.

Merci de votre coopération.

Indentification			
Nom de l'enfant :		Document complété par :	
Date de naissance :		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
		Téléphone :	
Service de garde à l'enfance			
Mon enfant fréquente un service de garde à l'enfance	Oui	Non	Si oui, merci de préciser le nom et si possible les coordonnées du milieu :
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'autorise le personnel de l'école à communiquer avec le service de garde à l'enfance de mon enfant :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signatures			
Signature(s) du titulaire (s) de l'autorité parentale : _____			

Services professionnels										
Mon enfant a bénéficié du service de :	Oui	Non	Endroit	Motif de consultation	Évaluation		Suivi		En attente	
					En cours	Complétée	Actif	Complété	Oui	Non
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
Psychoéducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
Éducation spécialisée (T.E.S.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
Travail social (T.S.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					

Services professionnels

Mon enfant a bénéficié du service de :	Oui	Non	Endroit	Motif de consultation	Évaluation		Suivi		En attente	
					En cours	Complétée	Actif	Complété	Oui	Non
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
Audiologie (s'il porte un appareil, le spécifier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
Optométrie et/ou ophtalmologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					

Orthophonie : Si votre enfant bénéficie de ce service, merci de compléter le formulaire : **Dépistage : Volet langage**

Commentaires :

Mesures de soutien

Mon enfant a des besoins nécessitant une attention et/ou services particuliers en service de garde à l'enfance :	Oui	Non	Si oui, merci de préciser (nature des besoins, type de soutien offert) :
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres informations pertinentes

Y a-t-il d'autres informations que vous souhaitez nous communiquer au sujet de votre enfant?

Service de garde à l'enfance

Mon enfant fréquente un service de garde à l'enfance :	Oui	Non	Si oui, merci de préciser le nom et si possible les coordonnées du milieu :
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autorisation de communiquer

J'autorise le personnel de l'école à communiquer avec les professionnels pour obtenir des informations Oui Non

Signatures

Signature(s) du titulaire (s) de l'autorité parentale : _____