

DEMANDE FAITE À (NOM DE L'ORGANISME) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORMATIONS REQUISES :

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en psychologie                          | <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en neuropsychologie |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en psychiatrie                          | <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en pédiatrie        |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en travail social<br>(ou psychosociale) | <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en orthopédagogie   |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en orthophonie                          | <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en psychoéducation  |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en ergothérapie                         | <input checked="" type="checkbox"/> dossier d'aide particulière    |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en neurologie                           | <input checked="" type="checkbox"/> code de difficulté             |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en physiothérapie                       |  |

autres : Plan d'intervention, dossier scolaire  
inculant le DERNIER BULLETIN et  
tout autre document pertinent.

Par la présente, nous acceptons que la Commission scolaire de la Rivière-du-Nord, fasse parvenir une demande à l'institution ci-haut mentionnée afin qu'elle fournisse toutes les informations qui peuvent être nécessaires pour venir en aide à notre enfant, ainsi qu'au MELS pour obtenir, le cas échéant, son code de difficulté.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Code permanent : \_\_\_\_\_

Veuillez transmettre les informations à : École Polyvalente Saint-Jérôme

Adresse: 535, rue Filion, St-Jérôme, QC, J7Z 2Z5

Courriel: organisationscolairepsj@csrdsn.qc.ca

Nom de la personne à contacter : Claudia Clavel, secrétaire

Téléphone : 450-436-4330 poste 5013

mère  père  tuteur

Nom

Prénom

Adresse :

Numéro

Rue

Ville ou municipalité

Province

Code postal

Téléphone

Signature :

Date :