

ÉCOLE DE PROVENANCE

Nom de l'école : _____

Courriel de l'école: _____ @ _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE (à remplir par le parent)

Nom et prénom de l'élève: _____

Adresse de résidence: _____

Date de naissance: (année/mois/jour)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code permanent:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

DEMANDE DE DOSSIER ACADÉMIQUE, D'AIDE PARTICULIÈRE ET/OU PROFESSIONNEL (à remplir par l'école)

Afin de nous aider à planifier notre intervention et ainsi assurer un meilleur suivi de l'élève ci-dessus mentionné et conformément à l'autorisation de son répondant, nous apprécierions recevoir les documents suivants:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Avis de départ | <input checked="" type="checkbox"/> Bulletin(s) antérieur(s): _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Certificat de naissance | <input checked="" type="checkbox"/> Mesure 30810: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dossier d'aide (plan d'intervention, rapports et/ou autres documents pertinents au dossier) | |

De plus, nous désirons recevoir une copie du dossier professionnel et/ou intervenant(s) suivant(s):

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Orthopédagogie : | <input checked="" type="checkbox"/> Orthophonie : | <input type="checkbox"/> Médical |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychoéducation : | <input checked="" type="checkbox"/> Ergothérapie : | <input checked="" type="checkbox"/> Éducation spécialisée (TES) : |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychologie * : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> * J'autorise la transmission immédiate des informations demandées en renonçant ainsi au délai de 15 jours. | | |

Veillez cocher ci-dessous le classement actuel de l'élève : (classe spéciale, indiquez laquelle)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Classe régulière | <input type="checkbox"/> Adaptation scolaire _____ | <input type="checkbox"/> Niveau _____ |
| | Classe | |

AUTORISATION DE TRANSMISSION DE DOSSIERS

Je soussigné(e), autorise, l'école secondaire le Carrefour à obtenir une copie des documents identifiés ci-dessus auprès de l'école de provenance de mon enfant ci-haut mentionnée.

Signature de l'autorité parentale

Date

SVP, transmettre le document ci-joint ainsi que le(s) dossier(s) PAR COURRIEL à l'adresse suivante:

inscription.lecarrefour@cssp.gouv.qc.ca

S'il s'agit d'une école du CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES PATRIOTES, veuillez transmettre tous les dossiers par courrier interne à l'attention de: **Madeleine Duval, réceptionniste, en indiquant sur l'envoi le niveau de l'élève** Merci !