



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"/> code de difficulté : <b>si a un code, s.v.p. envoyer capture d'écran GPI – IMPORTANT</b> |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en neurologie                           | <input checked="" type="checkbox"/> autres : <u>Plan d'intervention, dossier scolaire,</u>                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> évaluation en physiothérapie                       | <u>et tout autre document pertinent</u>  |

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 : \_\_\_\_\_

Veillez transmettre les informations à : École secondaire DES HAUTS-SOMMETS

Adresse: 1000, 112<sup>e</sup> avenue, St-Jérôme, Qc, J7Y 5C2

Courriel : raymondn4@csrdn.qc.ca

Nom de la personne à contacter : Nathalie Raymond, c.o.

Téléphone : 450 436-7414 poste 3228

mère  père  tuteur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro Rue Ville ou municipalité

Province Code postal Téléphone

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_