

Logo de votre école

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

Chers parents,

Afin d'assurer une approche adaptée aux besoins des nouveaux élèves du **préscolaire** 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 :		Date de naissance :	
Document complété par :		Téléphone :	
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
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
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optométrie et/ou ophtalmologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie : Si votre enfant bénéficie de ce service, merci de compléter le formulaire : <b>Dépistage : Volet langage</b>										
Commentaires :										
<b>Mesures de soutien</b>										
Actuellement, mon enfant a des besoins nécessitant une attention et/ou services particuliers en service de garde à l'enfance :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	Si oui, merci de préciser (nature des besoins, type de soutien offert) :							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Autres informations pertinentes</b>										
Y a-t-il d'autres informations que vous souhaitez nous communiquer au sujet de votre enfant?										
<b>Autorisation de communiquer</b>										
J'autorise le personnel de l'école à communiquer avec les professionnels pour obtenir des informations.					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Signature(s) du titulaire (s) de l'autorité parentale : _____										