

Formulaire pour le transfert d'information en milieu scolaire

Les renseignements que vous acceptez de fournir dans le présent formulaire nous permettront d'assurer le suivi et la mise en place de dispositions et mesures spécifiques requises par les besoins et capacités de votre enfant, et ainsi favoriser sa réussite éducative.

Section A - Identification de l'élève (obligatoire)	
Nom de l'enfant : _____	Prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____	Degré scolaire : _____ Téléphone (maison) : _____
Nom du répondant : _____	Téléphone : _____
Nom du répondant : _____	Téléphone : _____
Est-ce que votre enfant fréquente présentement une école du Centre de services scolaire des Navigateurs (C SSDN) ?	
<input type="checkbox"/> OUI : Fournir uniquement les renseignements concernant la dernière année scolaire.	<input type="checkbox"/> NON : Fournir tous les renseignements demandés.

Section B

Milieu de garde à l'enfance (seulement pour les inscriptions au préscolaire)	
<input type="checkbox"/> OUI	Nom du milieu : _____ Courriel : _____
<input type="checkbox"/> NON	
Orthophonie	Nom de l'orthophoniste : _____
Mon enfant	Date et durée du service : _____
<input type="checkbox"/> est / a déjà été vu.	CSSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station
<input type="checkbox"/> est en attente d'être vu.	CSSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA
<input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL)
	Clinique privée : _____ Autre : _____
Ergothérapie	Nom de l'ergothérapeute : _____
Mon enfant	Date et durée du service : _____
<input type="checkbox"/> est / a déjà été vu.	CSSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station
<input type="checkbox"/> est en attente d'être vu.	CSSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA
<input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL)
	Clinique privée : _____ Autre : _____
Psychologie/Neuropsychologie	Nom du spécialiste : _____
Mon enfant	Date et durée du service : _____
<input type="checkbox"/> est / a déjà été vu.	CSSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station
<input type="checkbox"/> est en attente d'être vu.	CSSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA
<input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL)
	Clinique privée : _____ Autre : _____
Psychoéducation	Nom du psychoéducateur : _____
Mon enfant	Date et durée du service : _____
<input type="checkbox"/> est / a déjà été vu.	CSSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station
<input type="checkbox"/> est en attente d'être vu.	CSSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA
<input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL)
	Clinique privée : _____ Autre : _____
Orthopédagogie	Nom de l'orthopédagogue : _____
Mon enfant	Date et durée du service : _____
<input type="checkbox"/> est / a déjà été vu.	Clinique privée : _____
<input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Autre : _____

AUTORISATIONS

Afin d'autoriser l'intervenant de l'école à échanger verbalement et à recevoir les documents, veuillez cocher le(s) service(s) concerné(s) :

Portrait périodique - milieu de garde Orthophonie Ergothérapie Psychologie/neuropsychologie Psychoéducation Orthopédagogie

Je comprends que :

- le présent formulaire de consentement à la communication de renseignements personnels sera transmis aux organismes et professionnels autorisés ci-haut ;
- cette autorisation est valide pour une durée de 365 jours, et est révocable en tout temps au moyen d'un avis écrit ;
- je suis responsable d'informer l'école des nouveaux services reçus tout au long du parcours scolaire de mon enfant ;
- en vue d'assurer le suivi et la mise en place de dispositions et mesures spécifiques requises par les besoins de mon enfant, les renseignements seront conservés au dossier professionnel de l'élève et pourront au besoin, faire l'objet d'échanges au niveau de l'équipe-école et être partagés à d'autres intervenants professionnels impliqués auprès de mon enfant pendant son parcours scolaire au CSSDN.

Signature (pour l'autorisation) : _____

Date : _____

