

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 (CSSDN) ?	
<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 Mon enfant <input type="checkbox"/> est / a déjà été vu. <input type="checkbox"/> est en attente d'être vu. <input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Nom de l'orthophoniste : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Ergothérapie Mon enfant <input type="checkbox"/> est / a déjà été vu. <input type="checkbox"/> est en attente d'être vu. <input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Nom de l'ergothérapeute : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Psychologie/Neuropsychologie Mon enfant <input type="checkbox"/> est / a déjà été vu. <input type="checkbox"/> est en attente d'être vu. <input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Nom du spécialiste : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Psychoéducation Mon enfant <input type="checkbox"/> est / a déjà été vu. <input type="checkbox"/> est en attente d'être vu. <input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Nom du psychoéducateur : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : <input type="checkbox"/> DP langagière <input type="checkbox"/> DP auditive <input type="checkbox"/> DP motrice <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Orthopédagogie Mon enfant <input type="checkbox"/> est / a déjà été vu. <input type="checkbox"/> n'a jamais été vu.	Nom de l'orthopédagogue : _____ Date et durée du service : _____ Clinique privée : _____ 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 révoquée 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 : _____

Nom de l'enfant : _____

Section C	
<p>Audition (ORL, audiologiste)</p>	<p>Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en ORL ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI Date du dernier service : _____ Endroit ou clinique : _____</p>
	<p>Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en audiologie ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI Date du dernier service : _____ Endroit ou clinique : _____</p> <p>Résultats : L'audition est <input type="checkbox"/> adéquate <input type="checkbox"/> non adéquate</p>
	<p>Vision (optométrie, ophtalmologie)</p> <p>Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en optométrie ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI Date du dernier service : _____ Endroit ou clinique : _____</p> <p>Résultats : La vision est <input type="checkbox"/> adéquate <input type="checkbox"/> non adéquate</p> <p>Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en ophtalmologie ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI Date du dernier service : _____ Endroit ou clinique : _____</p>
<p>Services sociaux (éducation spécialisée, travail social, etc.)</p>	<p>Avez-vous consulté ou êtes-vous présentement en suivi avec les services sociaux pour votre enfant ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Autres professionnels, intervenants ou organismes</p>	<p>Votre enfant a-t-il déjà reçu des services de d'autres professionnels, intervenants, ou organismes ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI Lequels : _____ Date du dernier service : _____ Lieu : _____</p>

Note : Bien vouloir retourner ce formulaire dûment complété et signé au secrétariat de l'école **en format papier ou électronique**.