

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 : _____
Nom du répondant : _____	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) ?
☐ OUI : Fournir uniquement les renseignements concernant la dernière année scolaire. ☐ NON : Fournir tous les renseignements demandés.

Section B

Milieu de garde à l'enfance (seulement pour les inscriptions au préscolaire)

☐ OUI Nom du milieu : _____ Courriel : _____
☐ NON

Orthophonie

Mon enfant ☐ est / a déjà été vu. ☐ est en attente d'être vu. ☐ n'a jamais été vu.	Nom de l'orthophoniste : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : ☐ Saint-Lazare ☐ Lévis ☐ Saint-Romuald ☐ Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : ☐ DP langagière ☐ DP auditive ☐ DP motrice ☐ DI TSA Centre hospitalier : ☐ CHUL ☐ Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
--	---

Ergothérapie

Mon enfant ☐ est / a déjà été vu. ☐ est en attente d'être vu. ☐ n'a jamais été vu.	Nom de l'ergothérapeute : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : ☐ Saint-Lazare ☐ Lévis ☐ Saint-Romuald ☐ Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : ☐ DP langagière ☐ DP auditive ☐ DP motrice ☐ DI TSA Centre hospitalier : ☐ CHUL ☐ Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
--	--

Psychologie/Neuropsychologie

Mon enfant ☐ est / a déjà été vu. ☐ est en attente d'être vu. ☐ n'a jamais été vu.	Nom du spécialiste : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : ☐ Saint-Lazare ☐ Lévis ☐ Saint-Romuald ☐ Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : ☐ DP langagière ☐ DP auditive ☐ DP motrice ☐ DI TSA Centre hospitalier : ☐ CHUL ☐ Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
--	---

Psychoéducation

Mon enfant ☐ est / a déjà été vu. ☐ est en attente d'être vu. ☐ n'a jamais été vu.	Nom du psychoéducateur : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA (CSSS) site : ☐ Saint-Lazare ☐ Lévis ☐ Saint-Romuald ☐ Laurier-Station CISSS-CA (CR), programme : ☐ DP langagière ☐ DP auditive ☐ DP motrice ☐ DI TSA Centre hospitalier : ☐ CHUL ☐ Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
--	---

Orthopédagogie

Mon enfant ☐ est / a déjà été vu. ☐ 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 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 : _____

