

Formulaire pour le transfert d'information en milieu scolaire

Les renseignements recueillis dans le présent formulaire 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 de la mère : _____	Téléphone (mère) : _____
Nom du père : _____	Téléphone (père) : _____
Est-ce que votre enfant a fréquenté une classe préscolaire 4 ans au Centre de services scolaire des Navigateurs ? <input type="checkbox"/> OUI à Veuillez remplir la section C et D. <input type="checkbox"/> NON à Veuillez remplir les sections B et D.	
Est-ce que votre enfant fréquente présentement une école du Centre de services scolaire des Navigateurs (CSSDN) ? <input type="checkbox"/> OUI à Veuillez remplir la section C et D. <input type="checkbox"/> NON à Veuillez remplir les sections B et D.	

Section B – Nouvel élève au CSSDN	
Milieu de garde à l'enfance (seulement pour les inscriptions au préscolaire)	Votre enfant a-t-il fréquenté un milieu de garde ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Nom du milieu : _____ Courriel : _____ *** Votre autorisation permettra aux intervenants d'obtenir le dernier portrait périodique du dossier éducatif et, au besoin, d'échanger avec le personnel du milieu de garde à l'enfance.
Orthophonie	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en orthophonie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Est-il en attente ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI Nom de l'orthophoniste : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA, programme : <input type="checkbox"/> DP Déficience langagière <input type="checkbox"/> DP Déficience auditive <input type="checkbox"/> DP Déficience motrice enfant <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Ergothérapie	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en ergothérapie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Est-il en attente ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI Nom de l'ergothérapeute : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA, programme : <input type="checkbox"/> DP Déficience langagière <input type="checkbox"/> DP Déficience auditive <input type="checkbox"/> DP Déficience motrice enfant <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Psychologie Neuropsychologie	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en psychologie ou neuropsychologie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Est-il en attente ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI Nom du spécialiste : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA, programme : <input type="checkbox"/> DP Déficience langagière <input type="checkbox"/> DP Déficience auditive <input type="checkbox"/> DP Déficience motrice enfant <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Psychoéducation	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en psychoéducation ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Est-il en attente ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OUI Nom du psychoéducateur : _____ Date et durée du service : _____ CISSS-CA site : <input type="checkbox"/> Saint-Lazare <input type="checkbox"/> Lévis <input type="checkbox"/> Saint-Romuald <input type="checkbox"/> Laurier-Station CISSS-CA, programme : <input type="checkbox"/> DP Déficience langagière <input type="checkbox"/> DP Déficience auditive <input type="checkbox"/> DP Déficience motrice enfant <input type="checkbox"/> DI TSA Centre hospitalier : <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) Clinique privée : _____ Autre : _____
Orthopédagogie	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en orthopédagogie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Nom l'orthopédagogue : _____ Date et durée du service : _____ Lieu : _____

J'autorise l'intervenant de l'école à transmettre le présent formulaire aux organismes et professionnels afin de faire venir, au besoin et si applicable, le(s) rapport(s) suivant(s) :
 Portrait périodique - milieu de garde Orthophonie Ergothérapie
 Psychologie/neuropsychologie Psychoéducation Orthopédagogie

Cette autorisation est valide pour une durée de 365 jours, et est révoquée en tout temps au moyen d'un avis écrit.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer l'école des nouveaux services reçus tout au long du parcours scolaire de mon enfant.

Je comprends qu'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 : _____

Section C – Élève fréquentant déjà le CSSDN (Inscrivez seulement les services reçus au cours de la dernière année.)	
Orthophonie	Nom de l'orthophoniste : _____ Date et durée du service : _____ Lieu : _____
Ergothérapie	Nom de l'ergothérapeute : _____ Date et durée du service : _____ Lieu : _____
Psychologie Neuropsychologie	Nom du spécialiste : _____ Date et durée du service : _____ Lieu : _____
Psychoéducation	Nom du psychoéducateur : _____ Date et durée du service : _____ Lieu : _____
Orthopédagogie	Nom de l'orthopédagogue : _____ Date et durée du service : _____ Lieu : _____
<input type="checkbox"/> J'autorise l'intervenant de l'école à transmettre le présent formulaire aux organismes et professionnels afin de faire venir, au besoin et si applicable, le(s) rapport(s) suivant(s) : <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Psychologie/neuropsychologie <input type="checkbox"/> Psychoéducation <input type="checkbox"/> Orthopédagogie	
<p>Cette autorisation est valide pour une durée de 365 jours, et est révoquée en tout temps au moyen d'un avis écrit.</p> <p>Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer l'école des nouveaux services reçus tout au long du parcours scolaire de mon enfant.</p> <p>Je comprends qu'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.</p> <p>Signature (pour l'autorisation) : _____ Date : _____</p>	

Section D – Nouvel élève au CSSDN (suite)	
Audiologie	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en audiologie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Date du dernier service : _____ Endroit ou clinique : _____ Résultats : L'audition est <input type="checkbox"/> adéquate <input type="checkbox"/> non adéquate
Optométrie	Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été vu en optométrie ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Date du dernier service : _____ Endroit ou clinique : _____ Résultats : La vision est <input type="checkbox"/> adéquate <input type="checkbox"/> non adéquate
Autres professionnels, intervenants ou organismes	Votre enfant a-t-il déjà reçu des services de d'autres professionnels, intervenants, ou organismes ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Lequel : _____ Date du dernier service : _____ Lieu : _____

Note : Bien vouloir acheminer ce formulaire au secrétariat de l'école. Le secrétariat de l'école l'acheminera aux professionnels concernés.