

DEMANDE FAITE À (NOM DE L'ORGANISME) :

INFORMATIONS REQUISES :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> évaluation en psychologie | <input type="checkbox"/> évaluation en neuropsychologie |
| <input type="checkbox"/> évaluation en psychiatrie | <input type="checkbox"/> évaluation en pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> évaluation en travail social
(ou psychosociale) | <input type="checkbox"/> évaluation en orthopédagogie |
| <input type="checkbox"/> évaluation en orthophonie | <input type="checkbox"/> évaluation en psychoéducation |
| <input type="checkbox"/> évaluation en ergothérapie | <input type="checkbox"/> dossier d'aide particulière |
| <input type="checkbox"/> évaluation en neurologie | <input checked="" type="checkbox"/> code de difficulté |
| <input type="checkbox"/> évaluation en physiothérapie | autres : _____ |
| | _____ |

Par la présente, nous acceptons que la Commission scolaire de la Rivière-du-Nord, fasse parvenir une demande à l'institution ci-haut mentionnée afin qu'elle fournisse toutes les informations qui peuvent être nécessaires pour venir en aide à notre enfant, ainsi qu'au MELS pour obtenir, le cas échéant, son code de difficulté.

Nom de l'enfant : _____
 Date de naissance : _____
 Code permanent : _____

Veillez transmettre les informations à : Nom de l'établissement demandeur : _____
 Adresse: _____ Télécopieur : _____
 Nom de la personne à contacter : _____ Téléphone : _____

mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/>			
Nom		Prénom	
Adresse :			
Numéro	Rue	Ville ou municipalité	
Province	Code postal	Téléphone	
Signature :			Date :