

**Service des ressources éducatives**

Téléphone : (450) 436-6721

Télécopieur : (450) 436-2422

**DEMANDE FAITE À (NOM DE L'ORGANISME) :**


**INFORMATIONS REQUISES :**

<input type="checkbox"/> Évaluation en psychologie	<input type="checkbox"/> Évaluation en pédiatrie
<input type="checkbox"/> Évaluation en psychiatrie	<input type="checkbox"/> Évaluation en orthophonie
<input type="checkbox"/> Évaluation en travail social (ou psychosociale)	<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 type="checkbox"/> Code de difficulté
<input type="checkbox"/> Évaluation en physiothérapie	Autres : _____
<input type="checkbox"/> Évaluation en neuropsychologie	_____

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

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_

**Veillez transmettre les informations à :**

Nom de l'établissement demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à contacter : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Mère  Père  Tuteur  Élève

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro	Rue	Ville
Province	Code postal	Téléphone
Adresse courriel		

Signature de l'élève \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du détenteur de l'autorité parentale \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_