

FICHE DE RÉFÉRENCE PRÉSCOLAIRE 4 ANS (ENFANT HANDICAPÉ)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX		
Nom de l'enfant		
Date de naissance		
Nom du père		
Adresse, ville et code postal		
Téléphone	Résidence :	Travail :
Nom de la mère		
Adresse, ville et code postal (si différente de celle du père)		
Téléphone	Résidence :	Travail :
L'enfant demeure :	<input type="checkbox"/> avec son père et sa mère <input type="checkbox"/> avec son père seulement <input type="checkbox"/> avec sa mère seulement <input type="checkbox"/> en famille d'accueil dont voici les coordonnées :	
	Prénom et nom :	
	Adresse :	
	Ville :	
	Code postal :	
Téléphone :		
JOINDRE AU MOINS 1 DOCUMENT (OBLIGATOIRE) : Dossier médical et paramédical : inclus (cochez)		
<ul style="list-style-type: none"> • attestation du diagnostic..... <input type="checkbox"/> • résumé du dossier médical <input type="checkbox"/> • évaluation développementale <input type="checkbox"/> • évaluation neuromotrice <input type="checkbox"/> • évaluation psychologique <input type="checkbox"/> • évaluation orthophonique <input type="checkbox"/> • évaluation audiolgique <input type="checkbox"/> • rapport en service social <input type="checkbox"/> • évaluation en ergothérapie <input type="checkbox"/> • lettre en attente d'investigation <input type="checkbox"/> • autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> 		

Services reçus du :

C.L.S.C. : _____
Nom de l'intervenant Fonction

S.R.S.O.R. : _____
Nom de l'intervenant Fonction

C.M.R. _____
Nom de l'intervenant Fonction

Autre (exemples : hôpital, clinique privée, etc.) : _____
Établissement Nom de l'intervenant Fonction

En attente de suivi, nom de l'organisme : _____

CPE ou garderie en milieu familial :

Votre enfant fréquente-t-il un CPE ou une garderie en milieu familial ?

- Oui, à temps plein à temps partiel
 Non soutien d'un(e) intervenant(e), nombre d'heures/semaine : _____

Si oui, lequel ? Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Personne-ressource : _____

À quelle adresse va-t-on chercher et reconduire votre enfant...

S'il est admis dans le groupe du matin (8 h à 10 h 40) ?

Départ de : _____

Retour vers : _____

S'il est admis dans le groupe de l'après-midi (12 h 50 à 15 h 10) ?

Départ de : _____

Retour vers : _____

Information pour le transport scolaire :

- Votre enfant nécessite : un siège d'auto pour enfant un siège d'appoint
Votre enfant utilise : un fauteuil roulant motorisé un fauteuil roulant manuel

Particularités ayant un impact pour le transport : _____

Signature de l'autorité parentale

Date

Date limite d'inscription : le 4 mai 2018

Réservé à la CSDGS

Si modification, veuillez indiquer les changements :

Ce formulaire est disponible à l'adresse www.csdgs.qc.ca/admission
section **Précolaire 4 ans (enfant handicapé)**