

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 :		
<b>JOINDRE AU MOINS 1 DOCUMENT (OBLIGATOIRE) :</b> Dossier médical et paramédical : <span style="float: right;">inclus (cochez)</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attestation du diagnostic..... <input type="checkbox"/></li> <li>• résumé du dossier médical ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• évaluation développementale ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• évaluation neuromotrice ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• évaluation psychologique ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• évaluation orthophonique (si possible, moins de six mois) .. <input type="checkbox"/></li> <li>• évaluation audiolgique ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• rapport en service social ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• évaluation en ergothérapie ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• lettre en attente d'investigation ..... <input type="checkbox"/></li> <li>• autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/></li> </ul>		

**Services reçus du :**

CISSMO : \_\_\_\_\_  
Nom de l'intervenant Fonction

CISSMO : \_\_\_\_\_  
Nom de l'intervenant Fonction

CISSMO : \_\_\_\_\_  
Nom de l'intervenant Fonction

Autre (exemples : hôpital, clinique privée, etc.) :  
 \_\_\_\_\_  
Établissement 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ce service veut répondre aux besoins des élèves ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui sont sujets à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.**

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'autorité parentale**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Date limite d'inscription : le 1<sup>er</sup> mai 2020**

**Réservé à la CSDGS**

Si modification, veuillez indiquer les changements :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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