**Cueillette d’informations : services professionnels et besoins de votre enfant**

Chers parents,

Afin d’assurer une approche adaptée aux besoins des nouveaux élèves de maternelle et dans le but de porter une attention particulière à votre enfant, nous vous proposons de **remplir ce formulaire sur les services dont votre enfant aurait bénéficié.**  En le complétant, vous nous permettez de mieux le connaître et de mieux nous préparer à l’accueillir dès les premiers jours.

**Si votre enfant fréquente un service de garde à l’enfance, nous vous invitons à nous acheminer, dès que possible, le « Portrait périodique de l’enfant » que son éducatrice vous a remis en décembre dernier.**

Merci de votre coopération.

|  |
| --- |
| **Indentification** |
| Nom de l’enfant : | Document complété par : |
| Date de naissance : | q Parent q Tuteur légal q Autre (précisez) :  |
| J’ai inscrit mon enfant à la maternelle q 4 ans q 5 ans | Téléphone : |
| **Service de garde à l’enfance** |
| Mon enfant fréquente un service de garde à l’enfance  | **Oui** | **Non** | Si oui, merci de préciser le nom et si possible les coordonnées du milieu :  |
| q | q |
| **J’autorise le personnel de l’école à communiquer avec le service de garde à l’enfance de mon enfant :** | q Oui q Non |
| **Signatures** |
| Signature(s) du titulaire (s) de l’autorité parentale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Services professionnels** |
| **Mon enfant a bénéficié du service de :** | **Oui** | **Non** | **Endroit/nom du professionnel (si possible)** | **Motif de consultation** | **Évaluation** | **Suivi** | **En attente** |
| **En cours** | **Complétée** | **Actif** | **Complété** | **Oui** | **Non** |
| Psychologie  | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Psychoéducation | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Éducation spécialisée (T.E.S.) | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Travail social (T.S.) | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Ergothérapie  | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Audiologie (*s’il porte un appareil, le spécifier*) | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Optométrie et/ou ophtalmologie | ❑ | ❑ |  |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| Orthophonie : *Si votre enfant bénéficie de ce service, merci de compléter le formulaire****: Dépistage : Volet langage*** |
| Commentaires : |
| **Mesures de soutien en service de garde à l’enfance** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mon enfant a des besoins nécessitant une attention et/ou services particuliers: | **Oui** | **Non** | Si oui, merci de préciser (nature des besoins, type de soutien offert) :  |
| q | q |
| **Autres informations pertinentes** |
| Y a-t-il d’autres informations que vous souhaitez nous communiquer au sujet de votre enfant? |
| **Autorisation de communiquer**  |
| J’autorise le personnel de l’école à communiquer avec les différents professionnels pour obtenir des informations, s’il y a lieu. | q Oui q Non |
| **Signatures** |
| Signature(s) du titulaire (s) de l’autorité parentale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |