COMMISSION SCOLAIRE
MARIE-VICTORIN

DEMANDE DE SERVICE
ÉLÈVES AVEC DIFFICULTÉS AUDITIVES

Année scolaire 20_____ - 20_____

Élève	Nom et prénom :
	Code permanent : Date de naissance : / /
	Adresse :
	Ville : Code postal :
	Nom et prénom de la mère :
	Nom et prénom du père :
	Téléphone (rés.) : Téléphone (autre) :
Renseignements scolaires	**NIVEAU** préscolaire : primaire : secondaire : autre (précisez) :
	École fréquentée : Commission scolaire :
	Adresse :
	Ville : Code postal :
	Téléphone : Télécopieur :
	Direction : Enseignant(e) :

Rapports d'évaluations au dossier

Intervenant	Date	Conclusion

Évaluation à venir: oui ☐ non ☐ précisez :

Services reçus

Service	Oui	Non	Date	Fréquence	Organisme offrant le service
Éducation spécialisée					
Orthopédagogie					
Orthophonie					
Psycho-éducation					
Psychologie					
Autre(s)					

DOCUMENTS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE SERVICE	
Rapport audiologique	Plan d'intervention et/ou étude de besoins, s'il y a lieu
✓	✓

_____ _____

Signature de la direction d'école Date

FAIRE PARVENIR À :

Direction
École Saint-Jude
653, rue Préfontaine
Longueuil (Québec) J4K 3V8

Copie blanche: orthophonie Copie jaune: orthopédagogie Copie rose: école d'origine