

Autorisation de transmission des informations La Traversée



Dans un souci de prévention, la Commission scolaire de la Capitale vous invite à remplir le présent formulaire. Cette démarche nous permettra de mieux connaître votre enfant et de planifier les interventions qui faciliteront son entrée au préscolaire.

Renseignements généraux	
Nom de l'école que fréquentera votre enfant en septembre :	<input type="checkbox"/> Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/> Maternelle 5 ans
Nom complet de votre enfant :	
Date de naissance : 20____/____/____ (année) (mois) (jour)	Langue parlée à la maison :
Si la langue parlée à la maison n'est pas le français, est-ce que votre enfant est exposé au français ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand?	
Identification des répondants	
	Informations répondant 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
	Informations répondant 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Prénom et nom du répondant	
☎ à la maison	() -
☎ au travail	() -
☎ cellulaire	() -
Adresse courriel	
Services reçus par votre enfant	
Est-ce que votre enfant a fréquenté un service à la petite enfance (CPE, milieu de garde ou une garderie)? Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ Numéro de téléphone : () _____ Nom de son éducateur/éducatrice : _____
Votre enfant avait-il besoin d'un soutien particulier dans son milieu de garde? Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Type de soutien : _____ Nom de l'intervenant : _____
Recevez-vous des services d'un organisme extérieur ? (TES à la maison, CLSC, IRDPQ, CRDI...) Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Organisme : _____ À quel âge : _____ Besoins : _____
Votre enfant présente-t-il d' autres problèmes de santé ? Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Précisez (soins particuliers, médication, etc.) : _____ _____ _____
EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ÉVALUÉ EN ...	
Orthophonie? Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____ Suivi en cours présentement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Audiologie?	Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____
Psychologie?	Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____
Neurologie?	Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____
Ergothérapie?	Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____
Physiothérapie?	Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____
Optométrie?	Oui <input type="checkbox"/> ⇒ Non <input type="checkbox"/>	Endroit : _____ À quel âge : _____ Précisions : _____

Dépistage en langage

Votre enfant fait-il souvent répéter ce qui lui est dit?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Doit-il souvent utiliser des gestes pour se faire comprendre ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A-t-il de la difficulté à se faire comprendre par des personnes qui le côtoient moins souvent ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés de prononciation ? (ex. _ obe pour robe, sou_ pour soupe, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Exemples : _____
A-t-il de la difficulté à faire des phrases complètes ? (ex. chat/boit/lait pour « le chat boit du lait », magasin/aller/moi pour « je vais aller au magasin »)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Exemples : _____

Le travail de l'orthophoniste et des autres professionnels à l'école consiste à faire les observations pertinentes, les recueillir, les transmettre et faire les interventions nécessaires tout au cours du parcours scolaire de votre enfant. Des informations seront transmises aux personnes concernées par votre enfant afin de les soutenir dans leur travail quotidien. Si une intervention plus spécifique de l'orthophoniste ou d'un autre professionnel s'avérait nécessaire auprès de votre enfant, vous en serez personnellement informés et une autorisation vous sera demandée.

Autorisation

Pour faciliter le passage de votre enfant du milieu de garde vers le préscolaire, autorisez-vous l'école et le milieu de garde à entrer en communication au besoin ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	--

SIGNATURE DU PARENT OU DU RÉPONDANT

DATE