

Services à prévoir ou services déjà reçus avant l'entrée à la maternelle
et/ou avant l'arrivée à l'école

Nom et prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

Nom des parents : _____

École de quartier : _____

Développement de l'enfant :

	Oui	Non
Avez-vous des inquiétudes en lien avec le développement moteur (motricité fine ou globale) de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des inquiétudes au niveau de son langage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions :		

Services reçus :

- **CISS (endroit) :** Évaluation Suivi En attente
Centre intégré de santé et services sociaux
Ex : Pédiatre, médecin de famille, Md spécialiste

Nom du pédiatre : _____

Nom du médecin de famille : _____

Autres intervenants (es) : _____

- **CLSC (endroit) :** Évaluation Suivi En attente
Centre local de services communautaires
Ex : Ergothérapeute, orthophoniste, travail social

Intervenants(es) : _____

Service des ressources éducatives

▪ **CJ (endroit) :**

Centre jeunesse

Évaluation Suivi En attente

Intervenants(es) :

▪ **CRDI-TSA (endroit) :**

Centre de réadaptation en déf. intellectuelle et autisme

Évaluation Suivi En attente

Intervenants(es) :

▪ **CRDP (endroit) :**

Centre de réadaptation en déficience physique

Évaluation Suivi En attente

Intervenants(es) :

▪ **CPE (endroit) :**

Centre de la petite enfance

Évaluation Suivi En attente

Intervenants(es) :

▪ **Jardin des 3 – Maison de la famille**

Évaluation Suivi En attente

Intervenants(es) :

▪ **Autres services de stimulation précoce :**

N.B. Les autorisations de transmission d'informations de ces partenaires vous seront seulement demandées au besoin par les professionnels du Service des ressources éducatives du CSSOB et selon l'évolution de votre enfant en milieu scolaire.