

**Inscription 2023-2024
Fiche de référence préscolaire 4 ans enfants à besoins particuliers**

Identification de l'enfant	
Nom de famille: _____ Prénom(s): _____	Date de naissance (jr/m/année): _____ Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non binaire
L'enfant demeure : <input type="checkbox"/> Avec ses deux parents <input type="checkbox"/> En famille d'accueil <input type="checkbox"/> Avec l'un de ses 2 parents (précisez lequel) _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Identification du parent ou tuteur	
Répondant de l'enfant: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur légal	
Nom de famille: _____ Prénom(s): _____ Adresse électronique: _____ Cellulaire: _____	Nom de famille: _____ Prénom(s): _____ Adresse électronique: _____ Cellulaire: _____

CPE ou garderie en milieu familial – Soutien d'un intervenant
Votre enfant fréquente-t-il un CPE ou une garderie en milieu familial? <input type="checkbox"/> Oui, à temps plein <input type="checkbox"/> Oui, à temps partiel <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu oui, lequel? Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Personne-ressource : _____
<input type="checkbox"/> Par la présente, j'autorise les intervenants du CSSDGS à communiquer avec le CPE ou la garderie en milieu familial et je permets l'observation de mon enfant dans ce milieu si cela est nécessaire à l'analyse de la demande.
Votre enfant reçoit-il le soutien d'un intervenant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez répondu oui, combien d'heures par semaine cet intervenant vous aide-t-il? _____

Services reçus
<input type="checkbox"/> CISSMO _____ Nom de l'intervenant _____ Fonction _____
<input type="checkbox"/> CISSMO _____ Nom de l'intervenant _____ Fonction _____
<input type="checkbox"/> CISSMO _____ Nom de l'intervenant _____ Fonction _____

Autre (ex. clinique privée, hôpital...)

Établissement	Nom de l'intervenant	Fonction
---------------	----------------------	----------

En attente de suivi : _____

Nom de l'organisme

Document obligatoire

Joindre à la demande au moins l'un des documents suivants :	Inclus (Cochez)
Attestation du diagnostic par un médecin	<input type="checkbox"/>
Résumé du dossier médical	<input type="checkbox"/>
Évaluation développementale	<input type="checkbox"/>
Évaluation neuromotrice	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychologique	<input type="checkbox"/>
Évaluation orthophonique (si possible, moins de 6 mois)	<input type="checkbox"/>
Évaluation multidisciplinaire	<input type="checkbox"/>
Évaluation audiologie	<input type="checkbox"/>
Lettre attestant que l'enfant est en attente d'investigation pour un TSA ou un trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/>

Transport scolaire (ces informations seront importantes si votre enfant est accepté au sein du groupe)

Besoins de votre enfant:

<input type="checkbox"/> Un siège d'auto pour enfant	<input type="checkbox"/> Un siège d'appoint
<input type="checkbox"/> Un fauteuil roulant motorisé	<input type="checkbox"/> Un fauteuil roulant manuel

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui pourraient avoir un impact sur le transport?

Le service de la maternelle 4 ans enfants à besoins particuliers vise à répondre aux besoins des élèves ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante entraînant des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

Ceci étant une demande d'admission, votre enfant doit demeurer inscrit à la garderie ou au CPE tant que l'école ne vous pas confirmé que votre enfant était admis dans ce groupe.

Signature du parent ou tuteur légal : _____ Date: ____/____/20__