

Formulaire d'accès au service d'orthophonie | Inscription préscolaire

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____
 Nom du parent (1) : _____ Nom du parent (2) : _____
 Adresse de l'enfant : _____
 No de tél. (maison) : _____ No de tél. (travail) parent 1 parent 2 : _____

SECTION 1 : INFORMATIONS

Mon enfant présente des difficultés dans sa communication.

	OUI	NON
Mon enfant parle très peu. Il ne semble pas avoir le goût de parler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant présente des difficultés à comprendre ou à retenir deux consignes. <i>Exemple : « Prend le livre rouge et bleu et va le porter sur la table. »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant produit des phrases très courtes et/ou incorrectes. <i>Exemples : (1) i, veux pomme. (2) moi, jouer dehors amis.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant prononce mal certains sons et/ou mots. <i>Exemples : fille → sille; soupe → toupe; couteau → touto; carré → caé; lapin → iapin; camion → tamion</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant éprouve de la difficulté à expliquer une idée complexe comme une histoire ou un fait vécu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant utilise un vocabulaire simple ou peu approprié et semble chercher ses mots. <i>Exemples : J'ai joué à l'affaire avec mon ami, tsé tu prends la chose qui bouge, pis tu pousses sur le truc rouge.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant présente des hésitations et/ou du bégaiement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres difficultés observées : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 2 : AUTORISATION DE RECEVOIR/TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Mon enfant a déjà été rencontré par une orthophoniste.

- Mon enfant bénéficie/ a bénéficié d'une évaluation et/ou d'un suivi en orthophonie Date : du _____ au _____
 Mon enfant est en attente de service en orthophonie Établissement : _____

J'autorise le service d'orthophonie du Centre de services scolaire des Premières-Seigneuries à recevoir de :

Nom de l'orthophoniste : _____ Établissement : _____
 (CHAMP OBLIGATOIRE) (CHAMP OBLIGATOIRE)

- les rapports en orthophonie disponibles à ce jour ainsi que **ceux à venir**, et ce, jusqu'à la fin du suivi orthophonique ou la révocation de cette autorisation par le parent
- les autres documents pertinents et nécessaires à la poursuite du soutien apporté à votre enfant
- des informations verbales pertinentes et nécessaires au soutien de votre enfant

J'autorise également l'orthophoniste de l'école du C.S.S des Premières-Seigneuries à transmettre les informations orthophoniques pertinentes aux intervenants scolaires concernés.

Signature d'un parent : _____ Date : _____

Nom de l'orthophoniste de l'école : Anne-Marie Prémont-Vézina Signature: _____ Date : _____
 No de téléphone de l'orthophoniste : 418-666-4666 poste 2552 anne-marie.premont-vezina@csdps.qc.ca