

 SERVICE ÉDUCATIFS – SERVICE D’ORTHOPHONIE (Primaire) ***Annexe 5***
 ***Document de travail*** **AO-1**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’ÉLÈVE** |
| Nom :  |       | Prénom : |       |  |
|  |  |  |  |
| Date de naissance : |       |       |        |  |
|  |  Année |  Mois |  Jour |  |
|  |
| **Madame, Monsieur,****Une demande a été faite pour que votre enfant soit évalué par l’orthophoniste. SI LA DEMANDE EST RETENUE, l’évaluation sera faite au point de service rattaché à l’école fréquentée par votre enfant et votre présence sera requise.** |
|  |
|  |
| J’autorise le service d’orthophonie à1 : |
|  | - | intervenir auprès de mon enfant (observation et/ou évaluation et/ou intervention) et je m’engage à ce que l’autre parent détenant l’autorité parentale soit informé des interventions professionnelles faites auprès de notre enfant et des procédures à entreprendre s’il désire s’y opposer; |
|  |
|  | **-** | filmer et/ou à enregistrer mon enfant à des fins d’analyse; |
|  | **-** | recueillir toutes les informations pertinentes et nécessaires à l’évaluation et/ou intervention auprès des intervenants scolaires concernés (incluant les rapports); |
|  | - | faire des copies des documents se trouvant dans le dossier d’aide particulière de mon enfant; |
|  | - | transmettre toutes les informations pertinentes et nécessaires aux intervenants scolaires concernés (incluant les rapports); |
|  | * faire déposer le rapport orthophonique sommaire au dossier d’aide particulière par la direction d’école.

faire déposer le rapport orthophonique sommaire au dossier d’aide particulière par la direction d’école. |  |
|  |       |  |       |  |
| Signature du titulaire de l’autorité parentale | Téléphone au domicile |
|  |       |  |       |  |
| Date | Téléphone au travail |
|  |
| -  | Le point de service d’orthophonie rattaché à l’école de votre enfant est le suivant : (l’école doit cocher elle-même le point de service rattaché à l’école fréquentée par l’élève) : |
|  | [ ]  École Monseigneur-Fortier, Saint-Georges Ouest | [ ]  | École Ste-Famille, Tring-Jonction |
|  | [ ]  École primaire l’Éveil, Sainte-Marie | [ ]  | École De Léry-Mgr-De Laval, Beauceville |
|  | [ ]  École Fleurs-de-Soleil, Sainte-Justine | [ ]  | École D’Youville-Lambert, Saint-Joseph |
|  | [ ]  École Grande-Coudée, Saint-Martin | [ ]  | École Ste-Thérèse, Saint-Honoré |
|  | [ ]  École Barabé-Drouin, Saint-Isidore | [ ]  | École Aquarelle, Saint-Georges Est |
|  | [ ]  École L’Enfant-Jésus, Vallée-Jonction | [ ]  | École primaire de Saint-Gédéon |
|  |
| -  | Journée(s) dans la semaine et moment(s) de la journée (a.m., p.m. ou toute la journée, etc.) où **je ne peux pas** me |
|  | présenter à cette rencontre : |       |
|  |
| Je suis d’accord pour accompagner mon enfant à l’évaluation et à faire les activités recommandées à domicile :  |
| Oui [ ]  | Non [ ]   | *Si non, indiquez la ou les raisons :* |       |
|  |  |  |  |  |
| Signature du titulaire de l’autorité parentale |  | Date |  |
|  |
| Au besoin, un suivi avec l’orthophoniste pourrait être offert, et ce, pour améliorer le langage de votre enfant et donc mieux le qualifier pour ses apprentissages scolaires. Ce suivi est d’une durée de 1 heure par semaine pendant généralement 8 à 9 semaines. Il se peut qu’un deuxième bloc de suivi de même durée lui soit offert au cours de la même année scolaire. Le suivi sera également fait au point de service 1 **Ce consentement est valide pour toute la durée de la scolarisation de l’élève à la CSBE. Il est toutefois révocable en tout temps sur réception d’un avis écrit signé par l’autorité parentale.**rattaché à l’école fréquentée par votre enfant et votre présence sera également requise. Notre préoccupation étant de bien comprendre et d’aider votre enfant, nous comptons sur votre collaboration et nous vous assurons de la nôtre. |
|  |  | \*Veuillez retourner ce formulaire à l’école |
|  | Signature de la direction de l’école |  |

**Formulaire d’autorisation**