



INSCRIPTION : ☐ Programme Parenthèse (annuel) ☐ Programme Parenthèse (cliniques spécialisées) ☐ Francisation

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ NIVEAU ACTUEL : ☐ P4 ☐ P5 ☐ P6 ☐ S1 ☐ S2 ☐ S3 ☐ S4 ☐ S5
JOUR / MOIS / ANNÉE

PARENT RÉPONDANT

Nom et prénom : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

INFORMATION SUR L'ÉLÈVE

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic suite à une évaluation spécialisée ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez indiquer le diagnostic reçu : _____

Année du diagnostic : _____ Médication : _____

Autres informations pertinentes au diagnostic : _____

Suivi externe – indiquez le nom et la fonction : _____

Rapport(s) d'évaluation (à joindre le cas échéant) : _____

☐ Neuropsychologique ☐ Psychologique ☐ Plan d'intervention

☐ Orthopédagogique ☐ Orthophonique ☐ Autre : _____

Si votre enfant n'a pas reçu de diagnostic, veuillez indiquer le motif de la demande : _____

Avez-vous déjà effectué des démarches pour faire évaluer votre enfant ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, pourquoi la problématique de votre enfant demeure-t-elle inconnue ou imprécise ? _____

Si votre enfant est suivi par un spécialiste, indiquez sa fonction : _____

PROFIL SCOLAIRE

Votre enfant cumule-t-il du retard dans son cheminement scolaire ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez indiquer le motif du retard :

☐ Classe d'accueil ☐ Difficultés académiques ☐ Hospitalisation ☐ Autre _____

Cochez l'année reprise : Primaire ☐ 1^e ☐ 2^e ☐ 3^e ☐ 4^e ☐ 5^e ☐ 6^e Secondaire ☐ 1^e ☐ 2^e ☐ 3^e

SIGNATURE DU PARENT

DATE