

DATE :

SESSION :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

PROGRAMME :

CODE PERMANENT :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

IMPORTANT : Peut-on laisser un message téléphonique mentionnant que vous avez un rendez-vous aux Services adaptés ? ☐ Oui ☐ Non

IMPORTANT : Afin de préciser votre situation, veuillez compléter la section suivante :

OPTION 1 : ☐ J'ai un ou plusieurs diagnostic (s)

• Diagnostic (s) : _____

Types d'attestations diagnostiques acceptées :

- Rapport médical ou billet médical (médecin généraliste ou spécialiste)
- Rapport neuropsychologique ou psychologique
- Rapport orthophonique
- Audiogramme

* Le diagnostic doit être inscrit sur le rapport d'évaluation et/ou sur le billet médical.

OPTION 2 : ☐ Je n'ai pas de diagnostic, mais (coche une ou plusieurs réponses parmi les choix suivants) :

- ☐ j'ai bénéficié d'un plan d'intervention au primaire ou au secondaire ET / OU;
- ☐ j'ai un rapport diagnostique émis hors Québec (p.ex. : autre province ou autre pays) ET / OU ;
- ☐ j'ai un rapport d'évaluation orthopédagogique ET / OU;
- ☐ j'ai une hypothèse de diagnostic émise par un professionnel.

OPTION 3 : ☐ Je n'ai pas de diagnostic (compléte le formulaire pour les demandes sans diagnostic)

S'il y a lieu, assurez-vous de nous acheminer préalablement les documents requis (p. ex. : billet médical, rapports d'évaluation, plan d'intervention, etc.) par courriel : services.adaptes@cegeptr.qc.ca

☐ Je confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

☐ Je consens à ce que les services adaptés communiquent avec mon centre de services scolaire ou mon établissement scolaire privé afin d'obtenir, au besoin, des informations supplémentaires pour compléter mon dossier. Ce consentement est valide pour la durée de mon inscription aux services adaptés. **

Nom du centre de services scolaire ou de l'établissement privé : _____

Signature de l'étudiant : _____

** Il est possible de révoquer le consentement en tout temps par courriel au : services.adaptes@cegeptr.qc.ca