

**DEMANDE DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES**

IDENTIFICATION PERSONNELLE	
Nom et prénom de l'enfant :	
Code permanent de l'enfant (si connu) :	
Date de naissance :	
Nom et prénom du parent :	
Adresse :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	

SERVICE COMPLÉMENTAIRE DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Service d'information et d'orientation scolaires et professionnelles
<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Psychoéducation
<input type="checkbox"/> Orthopédagogie	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée

Description détaillée des difficultés de l'enfant nécessitant le service complémentaire demandé :

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

## Annexe 4 (suite)

ESPACE RÉSERVÉ À LA COMMISSION SCOLAIRE	
<i>Étude de cas</i>	
Date :	
Heure :	
Endroit :	
Personnes présentes :	

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date de la demande

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne  
autorisée par la Commission scolaire

\_\_\_\_\_  
Date

**Veillez acheminer ce formulaire aux Services éducatifs  
à l'adresse courriel suivante : [sed@cspportneuf.qc.ca](mailto:sed@cspportneuf.qc.ca)**