

DEMANDE DE SERVICES DE CONSULTATION EN SURDICÉCITÉ

Date : _____

Renseignements au sujet de l'élève

Nom _____ Date de naissance _____
(prénom) (nom) jour / mois / année

Nom des parents/tuteurs _____ Adresse _____

_____ Téléphone _____

_____ Télécopieur _____

Renseignements au sujet de l'école

Nom de l'école _____

Adresse au complet _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Direction _____

Enseignant _____

Aide-enseignant _____

Conseil scolaire _____

Services connexes (MSSC, service social, physiothérapie, ergothérapie, Centre de traitement pour enfants, etc.)

A) Nom du service _____
Adresse _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

B) Nom du service _____
Adresse _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Renseignements généraux

(joindre une copie des documents suivants)

- Évaluation audiologique effectuée au cours de la dernière année
- Évaluation ophtalmologique effectuée au cours de la dernière année
- Niveau actuel de fonctionnement visuel et de fonctionnement auditif (bref compte rendu des observations dans chaque domaine)
- Évaluation neurologique
- Diagnostic complet (étiologie, syndromes, etc.)
- Liste des médicaments nécessaires
- Profil de développement
- Tout autre renseignement jugé utile à la préparation de l'évaluation