

**DEMANDE DE SERVICES DE CONSULTATION**  
**en cécité et basse vision**

Date : \_\_\_\_\_

**Renseignements au sujet de l'élève**

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

Nom des parents /tuteurs \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Information médicale autre que la vision \_\_\_\_\_

**Renseignements au sujet de l'école**

Nom de l'école \_\_\_\_\_

Adresse au complet \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Direction \_\_\_\_\_

Enseignant/e \_\_\_\_\_

Enseignant/e en vision \_\_\_\_\_

Enseignant/e en ressources \_\_\_\_\_

**Renseignements au sujet du conseil scolaire**

Nom du conseil \_\_\_\_\_

Adresse au complet \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Nom du responsable aux services à l'élève \_\_\_\_\_

Signature du responsable du Service à l'élève \_\_\_\_\_

Nom du conseiller/ière pédagogique responsable de la vision \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_