

## DEMANDE D'INSCRIPTION

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

Réservé à l'administration

Date de réception : \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No. de téléphone à la maison : \_\_\_\_\_

#### Date de naissance

Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (pays): \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

#### Identification de genre

F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

#### Veillez joindre une photo de votre enfant.

Code permanent du MEES : \_\_\_\_\_

Langue d'enseignement :

Français : \_\_\_\_\_ Anglais : \_\_\_\_\_ (L'élève doit détenir un certificat d'admissibilité à l'enseignement en anglais)

Langue(s) parlée(s) à la maison : \_\_\_\_\_

Diagnostic principal\*: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\*Veillez joindre le rapport de diagnostic.

## 2. PARENT(S) / TUTEUR(S)

### PARENT 1 OU TUTEUR/TUTRICE LÉGAL(E)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

### PARENT 2 OU TUTEUR/TUTRICE LÉGAL(E)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

### FRÈRES ET/OU SŒURS

Âge : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

## 3. LIEU DE RÉSIDENCE ET GARDE

L'élève demeure principalement au domicile des deux parents : \_\_\_\_\_ Parent 1 : \_\_\_\_\_ Parent 2 : \_\_\_\_\_

Tuteur/tutrice légal(e) : \_\_\_\_\_ Autre(s) : \_\_\_\_\_ Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Ont la garde légale de l'élève : Les deux parents : \_\_\_\_\_ Parent 1 : \_\_\_\_\_ ou Parent 2 : \_\_\_\_\_

Tuteur/tutrice légal(e) : \_\_\_\_\_ Autre(s) : \_\_\_\_\_ Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

#### 4. IDENTIFICATION DE LA COMMISSION SCOLAIRE

Nom de la commission scolaire : \_\_\_\_\_

Nom du spécialiste référant l'élève : \_\_\_\_\_

No. de téléphone : \_\_\_\_\_

#### 5. HISTORIQUE SCOLAIRE DE L'ÉLÈVE

**Veillez indiquer les noms des garderies et des écoles dans lesquelles votre enfant a été inscrit. Veillez inclure le type de programme suivi (régulier ou spécialisé) ainsi que le type de soutien offert (accompagné d'un éducateur, d'un préposé, etc.)**

Nom garderie / école et dates : \_\_\_\_\_

Type de classe (régulière/spécialisée) : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Type de soutien offert (svp indiquer le no. d'heures) : \_\_\_\_\_

Nom garderie / école et dates : \_\_\_\_\_

Type de classe (régulière/spécialisée) : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Type de soutien offert (svp indiquer le no. d'heures) : \_\_\_\_\_

#### 6. HISTORIQUE MÉDICAL DE L'ÉLÈVE

##### Particularités de la grossesse et de l'accouchement

Problèmes pendant la grossesse : NON : \_\_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_\_

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Âge gestationnel à la naissance : \_\_\_\_\_ semaines

Problèmes à l'accouchement pour la mère ou pour le bébé : NON : \_\_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_\_

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Problèmes après l'accouchement - pour la mère ou le bébé : NON : \_\_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_\_

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Difficultés pendant les premières semaines et les premiers mois de vie : NON: \_\_\_\_\_ OUI: \_\_\_\_\_

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Problèmes médicaux et chirurgicaux significatifs ayant nécessité des soins ou une hospitalisation (veuillez indiquer l'âge)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veillez indiquer tous les problèmes d'ordre psychologique, psychiatrique ou développemental pour lesquels votre enfant a déjà reçu un diagnostic ou est en processus ou attente d'évaluation :

---

---

Veillez indiquer si votre enfant / famille a subi un test génétique NON : \_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_  
Si oui, veuillez partager les résultats.

---

---

Votre enfant prend-il présentement des médicaments ? NON : \_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_

Si oui, lesquels :

Nom : \_\_\_\_\_ Raison pour cette prescription : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Raison pour cette prescription : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Raison pour cette prescription : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Raison pour cette prescription : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies? NON : \_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

### Suivi professionnel \*

Parmi les professionnels suivants, quels sont ceux qui ont déjà vu / évalué votre enfant et / ou assuré un suivi ? Veillez indiquer le spécialiste / la clinique ainsi que les services offerts, quand, à quel endroit et à quelle fréquence? Veillez fournir les rapports, s'il y a lieu.

.

Médecin généraliste

---

---

Pédiatre

---

---

Neurologue

---

---

Psychiatre

---

---

Psychologue

---

---

Audiologiste

---

---

Ophthalmologue

---

---

Orthophoniste

---

---

Ergothérapeute

---

---

Clinique de développement

---

---

Équipe CLSC

---

---

Équipe CRDI

---

---

Autre(s)

---

---

\*Veuillez fournir les rapports les plus récents, s'il y a lieu.

## 7. PROFIL DE L'ÉLÈVE Veuillez décrire votre enfant dans les catégories suivantes

Habiletés de langage et de communication (L'âge des premiers mots. Moyens de communication : verbal, gestes/signes, PECS, tablettes/ application iPad. Compréhension des consignes et questions, longueur des phrases, nombre de mots, liste de signes/gestes, etc.) :

---

---

---

---

---

---

Habiletés sociales (Interaction avec adultes et pairs, visages familiers et inconnus, les foules, la capacité de décoder des signaux sociaux et suivre les règles, bon contact visuel, etc.) :

---

---

---

---

---

---

Habiletés de jeu (Jeu fonctionnel, jeu parallèle, jeu imaginaire et jeu de rôle, jeu avec les pairs et fratrie, durée de jeu) :

---

---

---

---

---

---

Habiletés motrices (À quel âge votre enfant a-t-il commencé à marcher ? Motricité fine/globale, par exp. si votre enfant nage, fait du vélo, se balance, dessine, découpe, etc.) :

---

---

---

---

---

---

Particularités sensorielles (Décrivez les particularités ou sensibilités sensorielles de votre enfant.) :

---

---

---

---

---

---

Vie quotidienne et autonomie (La propreté, l'autonomie à la toilette, l'alimentation, l'hygiène, l'habillement, etc.) :

---

---

---

---

---

---

---

---

Habiletés pré-académiques et académiques (Imitation, habileté de pairage d'objets, compétences graphiques, compétences en mathématique et en lecture, si oui, à quel niveau scolaire, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

Comportement, engagement et participation (Attention à une tâche, tolérance aux demandes, agressivité, automutilation, autostimulation, etc.) :

---

---

---

---

---

---

---

---

L'autorégulation (Comment votre enfant gère-t-il le stress, l'anxiété, les transitions, les nouveaux environnements ?)

---

---

---

---

---

---

---

---

Indépendance et activités de loisirs (Comment votre enfant s'occupe-t-il ?)

---

---

---

---

---

---

---

---

Intérêts (Activités, sports, sujets, jeux, jouets, technologie, télévision, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

Quelles sont selon vous ses plus grandes difficultés ?

---

---

---

Quelles sont selon vous ses plus grandes qualités ?

Nous vous remercions du temps et de l'attention que vous avez mis à répondre à ce formulaire. Vos réponses nous aideront à connaître votre enfant et à identifier ses besoins. N'oubliez pas d'y joindre tous les rapports d'évaluation dont vous disposez.

## Aide-mémoire

- Formulaire bien rempli
- Photo de mon enfant
- Rapport de diagnostic
- Tout autre rapport pertinent
- Sauvegarder ce fichier PDF rempli avant de l'envoyer par courriel