




## Autorisation de transmission des informations La Traversée



Dans un souci de prévention, la Commission scolaire de la Capitale vous invite à remplir le présent formulaire. Cette démarche nous permettra de mieux connaître votre enfant et de planifier les interventions qui faciliteront son entrée au préscolaire.

Renseignements généraux		
Nom de l'école que fréquentera votre enfant en septembre :	<input type="checkbox"/> Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/> Maternelle 5 ans	
Nom complet de votre enfant :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	
Date de naissance : 20 ____/____/____ (année) (mois) (jour)	Langue parlée à la maison :	
Si la langue parlée à la maison n'est pas le français, est-ce que votre enfant est exposé au français ? Oui Non Si oui, depuis quand?		
Identification des répondants		
	Informations répondant 1 Père      Mère      Tuteur	Informations répondant 2 Père      Mère      Tuteur
Prénom et nom du répondant		
 à la maison		
 au travail		
 cellulaire		
Adresse courriel		
Services reçus par votre enfant		
Est-ce que votre enfant a fréquenté un <b>service à la petite enfance</b> (CPE, milieu de garde ou une garderie)?	Oui ⇒ Non	Endroit : Numéro de téléphone : Nom de son éducateur/éducatrice :
Votre enfant avait-il besoin d'un <b>soutien particulier</b> dans son milieu de garde?	Oui ⇒ Non	Type de soutien : Nom de l'intervenant :
Recevez-vous des services d'un <b>organisme extérieur</b> ? (TES à la maison, CLSC, IRDPQ, CRDI...)	Oui ⇒ Non	Organisme : À quel âge : Besoins :
Votre enfant présente-t-il d' <b>autres problèmes de santé</b> ?	Oui ⇒ Non	Précisez (soins particuliers, médication, etc.) :
Est-ce que votre enfant a eu un examen de la vue?	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ÉVALUÉ EN ...		
<b>Audiologie?</b>	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :
<b>Psychologie?</b>	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :
<b>Neurologie?</b>	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :
<b>Ergothérapie?</b>	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :
<b>Physiothérapie?</b>	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :
<b>Orthophonie?</b>	Oui ⇒ Non	Endroit : À quel âge : Précisions :

### Dépistage en langage

Votre enfant fait-il souvent répéter ce qui lui est dit?	Oui    Non
Doit-il souvent utiliser des gestes pour se faire comprendre ?	Oui    Non
A-t-il de la difficulté à se faire comprendre par des personnes qui le côtoient moins souvent ?	Oui    Non
A-t-il des difficultés de prononciation ? (ex. _ obe pour robe, sou_ pour soupe, etc.)	Oui    Non Exemples : _____
A-t-il de la difficulté à faire des phrases complètes ? (ex. chat/boit/lait pour « le chat boit du lait », magasin/aller/moi pour « je vais aller au magasin »)	Oui    Non Exemples : _____

Le travail de l'orthophoniste et des autres professionnels à l'école consiste à faire les observations pertinentes, les recueillir, les transmettre et faire les interventions nécessaires tout au cours du parcours scolaire de votre enfant. Des informations seront transmises aux personnes concernées par votre enfant afin de les soutenir dans leur travail quotidien. Si une intervention plus spécifique de l'orthophoniste ou d'un autre professionnel s'avérait nécessaire auprès de votre enfant, vous en serez personnellement informés et une autorisation vous sera demandée.

### Autorisation

Pour faciliter le passage de votre enfant du milieu de garde vers le préscolaire, autorisez-vous <b>l'école et le milieu de garde</b> à entrer en communication au besoin ?	Oui Non
---	------------

En cochant cette case, je reconnais qu'en écrivant mon nom, je signe le présent formulaire par voie électronique et que les informations sont exactes.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent

\_\_\_\_\_  
Date