



SERVICE D'ORTHOPHONIE - CUEILLETTE D'INFORMATIONS POUR UNE TRANSITION ET UN ACCUEIL DE QUALITÉ

SECTION 1 : IDENTIFICATION

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Sexe : M F
 Nom du parent 1 : _____ Nom du parent 2 : _____
 # cellulaire ou résidence : _____ # cellulaire ou résidence : _____

SECTION 2 : OBSERVATIONS DU LANGAGE DE MON ENFANT

	OUI	NON
Mon enfant a de la difficulté à comprendre les consignes longues <i>Exemple : Prend le livre rouge et bleu et va le porter sur la table.</i>		
Mon enfant a de la difficulté à prononcer des mots <i>Exemples : fille → sille, soupe → toupe, carré → caé, lapin → iapin, camion → tamion</i>		
Mon enfant a de la difficulté à utiliser un vocabulaire précis et diversifié <i>Exemples : J'ai joué à l'affaire avec mon ami, la chose qui bouge, pis faut pousser sur le truc rouge.</i>		
Mon enfant a de la difficulté à produire des phrases longues, complètes et bien structurées <i>Exemples : Veux pomme. Moi jouer dehors amis.</i>		
Mon enfant a de la difficulté à transmettre une idée complexe <i>Exemples : expliquer un jeu, raconter une histoire, rapporter un fait vécu</i>		
Autres observations (hésitations/bégaiement, voix, intérêt limité pour échanger avec l'autre, etc.) : _____		

SECTION 3 : AUTORISATION DE RECEVOIR/TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Mon enfant bénéficie/a bénéficié d'une évaluation et/ou d'un suivi en orthophonie Date : _____ à _____
 Mon enfant a fréquenté la maternelle 4 ans (M4) ou le programme Passe-Partout (P-P) Établissement : _____
 Mon enfant est en attente de service en orthophonie Établissement : _____

J'autorise le service d'orthophonie du Centre de services scolaire des Premières-Seigneuries à recevoir de :

Nom de l'orthophoniste : _____ Établissement : _____
 (CHAMP OBLIGATOIRE) (CHAMP OBLIGATOIRE)

Nom de l'orthophoniste : _____ Établissement : _____
 (si plus d'une orthophoniste) (CHAMP OBLIGATOIRE) (CHAMP OBLIGATOIRE)

- les rapports en orthophonie disponibles à ce jour ainsi que **ceux à venir**, et ce, jusqu'à la fin du suivi orthophonique ou la révocation écrite de cette autorisation par le parent
- les autres documents pertinents et nécessaires à la poursuite du soutien apporté à mon enfant
- des informations verbales pertinentes et nécessaires au soutien de mon enfant

J'autorise également l'orthophoniste de l'école du C.S.S des Premières-Seigneuries à transmettre les informations pertinentes aux intervenants scolaires concernés.

Signature du parent : _____ Date : _____

Section réservée à l'orthophoniste de l'école

Nom : Karine Soucy Courriel : karine.soucy@csdps.qc.ca 418-666-4666 poste 0465
 Signature: _____ Date : _____