



**Information à verser au Dossier d'aide particulière (DAP)
Rapport professionnel venant d'un organisme extérieur de la CSDM**

NOM DE L'ÉLÈVE : _____

RAPPORT D'ÉVALUATION OU AUTRE :

Médical	Orthopédagogie
Orthophonie	Psychiatrie
Psychoéducation	Psychologie
Psychosociale	
Autre :	

AUTEUR : _____

ORGANISME : _____

DATE DU RAPPORT : _____

CE DOCUMENT CONTIENT DES INFORMATIONS TELS QUE :

Diagnostic Recommandations Autres : _____

LES PARENTS ONT ÉTÉ INFORMÉS QUE LE DOCUMENT SERA CONSERVÉ DANS LE BUT DE PRÉSERVER LA CONFIDENTIALITÉ PAR UN PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE :

Nom du professionnel : _____

Profession : _____

Date : _____

LES PARENTS AUTORISENT LES PERSONNES SUIVANTES À CONSULTER LE DOCUMENT :

Direction : _____

Enseignant : _____

Orthopédagogue : _____

Professionnel : (spécifiez) _____

Personnel technique : (spécifiez) _____

Autre : _____

Pour toutes informations supplémentaires, veuillez consulter la direction.