Demande de transfert de dossier d’aide particulière (DAP) pour les élèves de l’extérieur de la CSRS

Les dossiers d’aide particulière sont généralement conservés trois ans après la dernière fréquentation de l’élève. Des règles peuvent différer selon les commissions scolaire~~s.~~ **L’adulte doit autoriser le transfert des informations**.



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS ENTRE PROFESSIONNELS OU INTERVENANTS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE À LA NAISSANCE* :** **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ***NUMÉRO DE FICHE DE L'ÉLÈVE :***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| ***ADRESSE ACTUELLE DE L'ÉLÈVE* :** **Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_\_\_\_** **Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : Province \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ***DATE DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE :*** **\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_** **Année Mois Jour** |
| ***TÉLÉPHONE :*** **( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INTERVENANTS :****Cochez :**Médecin Psychiatre Intervenant social Psychologue Autres : | **NOM (S)** | **ÉTABLISSEMENT** | **TÉLÉPHONE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise le Centre Saint-Michel à divulguer, à transmettre et à échanger des renseignements contenus dans mon dossier scolaire avec les personnes mentionnées ci-haut. Cette autorisation est valide pour l’année scolaire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou jusqu’à la fermeture de mon dossier.

Signature de l'adulte Date

lundi, 20 août 2018

Nom de l’école

Adresse de l’école

**Objet : demande de transfert de dossier d’aide particulière**

**Élève extérieur de la CSRS**

Aux membres de la direction,

 Nous avons accueilli un de vos anciens étudiants, **Nom de l’adulte et son code permanent.** Nous voudrions avoir accès à son dossier d’aide particulière afin de lui octroyer des services adaptés lesquels pourraient augmenter ses chances de réussite. Des plans d’intervention et des évaluations nous permettraient de justifier les retards scolaires de l’élève.

Ci-joint se trouve le formulaire d’autorisation de communiquer des renseignements entre professionnel ou intervenants signé par l’adulte.

Vous pouvez communiquer avec Karine Jacques, conseillère en adaptation scolaire pour de plus amples informations au 819-822-5520, poste 16558. Son adresse courriel est le jacquesk@csrs.qc.ca

Veuillez agréer nos salutations distinguées.

Karine Jacques

Conseillère en adaptation scolaire

Centre Saint-Michel

135 King Ouest

Sherbrooke, Québec

J1H 1P4