

ANNEXE III - ÉVALUATION PAR LE CSSRS (EN VUE DE LA RECONNAISSANCE DES UNITÉS POUR LA DÉLIVRANCE DU DES)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET DU PARENT

.....
Date de la demande :

.....
Nom et prénom de l'enfant :

.....
Code permanent :

.....
Date de naissance :

.....
Nom et prénom du parent :

.....
Adresse :

.....
Courriel du parent :

.....
Téléphone à la maison :

.....
Cellulaire :

.....
Veuillez cocher les matières désirées en lien avec le projet d'apprentissage de votre enfant :

Matière	secondaire
..... Français, langue d'enseignement	4e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/>
..... Mathématique	4e CST <input type="checkbox"/> 4e SN <input type="checkbox"/> 5e CST <input type="checkbox"/> 5e SN <input type="checkbox"/>
..... Anglais, langue seconde	4e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/>
..... Science et technologie	4e <input type="checkbox"/>
..... Éthique et culture religieuse	4e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/>

Matière	secondaire
Monde contemporain	5e <input type="checkbox"/>
Éducation physique et à la santé	4e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/>
Arts	4e <input type="checkbox"/> 5e <input type="checkbox"/>
<i>Spécifier la discipline :</i>	
Éducation financière	5e <input type="checkbox"/>

**Note : La reconnaissance des unités n'est pas obligatoire en vertu du règlement.*

Veuillez spécifier les mesures adaptatives prévues au plan d'intervention de l'enfant, s'il y a lieu :

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du parent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. _____

Veuillez transmettre ce formulaire à l'attention du SEM, à l'adresse courriel : sem@csrs.qc.ca au plus tard le 15 mars.

ESPACE RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE

Endroit où auront lieu les évaluations : _____
 Personne à contacter : _____