

ANNEXE 3 - 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 :

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 :