

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR CONSULTATION EN ORTHOPÉDAGOGIE

Identification de l'étudiant	
Nom :	Prénom : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numéro d'étudiant :	No de téléphone : _____ <input type="checkbox"/> cochez la façon de vous rejoindre si nous devons
Programme d'études :	Courriel : _____ <input type="checkbox"/> vous contacter

Motif(s) de consultation
Avez-vous reçu un diagnostic d'un professionnel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diagnostic(s) : _____
Éprouvez-vous des difficultés scolaires?
<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage <input type="checkbox"/> Difficultés d'attention, distractibilité <input type="checkbox"/> Difficultés organisationnelles
Expliquez brièvement ce qui vous amène à consulter :

1. Suivis antérieurs : _____ (psychologue, t.s., orthopédagogue, autre)
2. Référé par : _____

Signature de l'étudiant : _____ Date : _____