

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICES**

**Nom de votre établissement :**

**Nom de la personne responsable :**

1. Veuillez préciser le type de service :
2. INFORMATION ⬜
3. FORMATION ⬜
4. ACCOMPAGNEMENT ⬜
5. ANALYSE ET RECOMMANDATION ⬜
6. Veuillez préciser la problématique visée :
7. Trouble grave d’apprentissage ⬜
8. Trouble grave du comportement ⬜
9. Trouble du spectre de l’autisme ⬜
10. Déficience intellectuelle ⬜
11. Troubles anxieux ⬜
12. Déficience auditive ⬜
13. Trouble du langage ⬜
14. Autre ⬜

Précisez :

1. Veuillez décrire la situation vécue dans votre établissement qui vous amène à demander les services d’« adap 360 » :
2. Concernant le ou les professionnels qui répondront à votre demande, vous souhaitez que les services attendus soient donnés :
3. À DISTANCE ⬜
4. EN PRÉSENCE ⬜

DATE SIGNATURE

|  |
| --- |
| **SECTION RÉSERVÉE À LA FEEP**Cette demande a été acceptée ⬜Cette demande a été refusée ⬜Motif du refus:  L’établissement spécialisé qui donnera suite à la demande est :Sous la responsabilité de:Les services ont été dispensés en date du : Le coût du service a été établi à : $Commentaires : DATE SIGNATURE |