

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE :

1. VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE DE SERVICE :

- A- INFORMATION
- B- FORMATION
- C- ACCOMPAGNEMENT
- D- ANALYSE ET RECOMMANDATION

2. VEUILLEZ PRÉCISER LA PROBLÉMATIQUE VISÉE :

- A- TROUBLE D'APPRENTISSAGE
- B- TROUBLE DU COMPORTEMENT
- C- TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME
- D- DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
- E- TROUBLES ANXIEUX
- F- DÉFICIENCE AUDITIVE
- G- TROUBLE DU LANGAGE
- H- AUTRE

PRÉCISEZ :

3. VEUILLEZ DÉCRIRE LA SITUATION VÉCUE DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT QUI VOUS AMÈNE À DEMANDER LES SERVICES D'ADAP360 :

4. CONCERNANT LE OU LES PROFESSIONNELS QUI RÉPONDRONT À VOTRE DEMANDE, VOUS SOUHAITEZ QUE LES SERVICES ATTENDUS SOIENT DONNÉS :

A- À DISTANCE

B- EN PRÉSENCE

Date

Nom de la personne responsable

SECTION RÉSERVÉE À LA FEFP

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