

Comité consultatif des services aux **É**lèves handicapés et aux élèves en difficulté  
d'**a**daptation ou d'**a**pprentissage (EHDA)  
Formulaire d'application  
2017 - 2018

**DATE DE LA DEMANDE:**

Les demandes sont acceptées en  
fonction de leur date de réception \_\_\_\_\_

L'INFORMATION FOURNIE DEMEURE CONFIDENTIELLE

**NOM DU PARENT FAISANT LA DEMANDE**

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers?  Oui  Non Précisez: \_\_\_\_\_

Indiquez le poste pour lequel vous postulez:

NOTE: La priorité est donnée aux personnes  
qui renouvellent leur mandat.

Représentant des parents  Représentant substitut

Si aucun poste n'est vacant, le postulant sera  
automatiquement considéré pour un poste de  
représentant substitut.

**COORDONNÉES (RÉSIDENCE)**

\_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville / Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Adresse(s) courriel: \_\_\_\_\_

**NOS DE TÉLÉPHONE / CELLULAIRE**

Résidence: \_\_\_\_\_

Travail: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

**L'ÉLÈVE DE LA CSSWL AYANT DES BESOINS PARTICULIERS**

Nom de l'élève: \_\_\_\_\_

École: \_\_\_\_\_  Primaire  Secondaire

**AVEZ VOUS DÉJÀ ASSISTÉ À DES RENCONTRES DU COMITÉ EDHAA EN TANT QUE:**

Représentant des parents?  Représentant substitut?

Quand? \_\_\_\_\_

**POURQUOI SOUHAITEZ-VOUS DEVENIR UN MEMBRE DU COMITÉ EHDA?**

\*\* La CSSWL rembourse, aux parents qui sont membres du comité,  
les frais de kilométrage et de gardienne qu'ils ont engagés pour participer aux rencontres.