

Comité consultatif des services aux **Élèves handicapés** et aux élèves en **difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (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: Représentant des parents Représentant substitut

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

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.