



#### 4. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**SUIVI EN ORTHOPHONIE** (ex. : CLSC, InterVal, CRDI, privé)

**OUI    NON**

Votre enfant a-t-il déjà été vu en orthophonie ?

--	--

Votre enfant est-il en attente d'être vu en orthophonie ?

--	--

Si oui à l'une de ces questions, spécifiez :

Quand : \_\_\_\_\_

Nom de l'orthophoniste : \_\_\_\_\_

Durée du suivi : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_

**AUTRES SPECIALISTES** (ex. : ORL, audiologiste, psychologue, neurologue)

**OUI    NON**

Votre enfant a-t-il rencontré d'autres spécialistes ?

--	--

Si oui, spécifiez :

Nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_

#### 5. COMMENTAIRES ET REMARQUES

Aspects particuliers qui ne sont pas mentionnés ou que vous aimeriez préciser.

---

---

---

---

J'autorise un des membres du personnel du service d'orthophonie à échanger de l'information en lien avec les données de ce formulaire avec l'enseignant(e) de mon enfant dans le but de maximiser l'efficacité des interventions.     Oui     Non

\_\_\_\_\_  
*Signature du parent*

\_\_\_\_\_  
*Date*