



**Parle-moi**  
Services de développement  
du langage



District scolaire francophone  
du Nord-Ouest

**DSFNO - Bureau d'Edmundston**  
298, rue Martin, Edmundston, N.-B. E3V 5E5  
Téléphone : 739-2863 Télécopieur : 737-4568

**DSFNO - Bureau de Grand-Sault**  
215, rue Guimont, Grand-Sault, N.-B. E3Y 1C7  
Téléphone : 475-2863 ou 235-2863 Télécopieur : 473-7834

## DEMANDE DE SERVICE

ENFANT	
Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
D.D.N. (A/M/J) :	Langue parlée : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____
Mère / Tutrice :	☎ maison : ☎ autre :
Père / Tuteur :	☎ maison : ☎ autre :
Adresse :	Courriel :
Code postal :	
DEMANDE DE SERVICE	
Raisons de la demande / Inquiétudes au niveau du développement du langage :	
Requérant :	Date :

### Permission du parent / tuteur :

J'autorise l'orthophoniste du Programme Parle-moi à partager de l'information avec les professionnels de la petite enfance concernés (éducateurs, infirmières de la santé publique, orthophonistes, audiologistes et ergothérapeutes), les médecins impliqués et le personnel de l'école qui accueillera mon enfant et ce, dans le but de l'aider.

SIGNATURE	
Parent / tuteur :	Date :

### SECTION RÉSERVÉE AU PROGRAMME PARLE-MOI

#### SERVICES ACTUELS :

- Orthophonie
- Audiologie
- Ergothérapie
- Famille et petite enfance Nord-Ouest
- Garderie

#### RÉFÉRENCES EFFECTUÉES :

- Orthophonie
- Audiologie
- Ergothérapie
- Famille et petite enfance Nord-Ouest
- Talk With Me
- Consultation individuelle

#### ADM :

- BD
- Rapports
- Courriel
- Déjà dans BD

#### SERVICE D'ORTHOPHONIE :

Date d'évaluation : \_\_\_\_\_

Impressions cliniques : \_\_\_\_\_

Services requis :  oui  non

Orthophoniste: \_\_\_\_\_