



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
Date de naissance (A/M/J) :	Langue parlée : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____
Parents :	<input type="phone"/> maison :
	<input type="phone"/> autre :
	<input type="phone"/> maison :
	<input type="phone"/> autre :
Adresse complète :	
Courriel :	
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 : _____

Services requis : oui non

Impressions cliniques : _____

Orthophoniste: _____