

Année scolaire :

DEMANDE D'INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE SCOLAIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Ecole :

Nom de l'enseignant :

Tuteur légal : nom, prénom, adresse et numéro de téléphone

Fratie :

NOM	Prénom	Date de naissance

Exprimez-vous positivement sur l'enfant.

Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous avec cet(te) enfant et quelles actions avez-vous tenté de mettre en place ?

Les parents ont-ils été informés ?

Oui

Non

Les parents ont-ils donné leur autorisation ?

Oui

Non

Le
Signature de l'enseignant

Signature du Directeur

Inspection de l'Éducation Nationale
Circonscription de Saint-Quentin



Année scolaire

AUTORISATION D'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

- autorise
- n'autorise pas

mon fils ou ma fille (1)

né(e) le

fréquentant l'école

en classe de

à rencontrer le psychologue scolaire du secteur afin que l'école puisse répondre au mieux aux besoins de votre enfant.

Le

Signature **des deux parents**
(en cas d'acceptation ou de refus)

Commentaires éventuels :

