



Document 5

À compléter seulement si l'enfant reçoit ou a déjà reçu des services.

Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____
Parent 1 : _____
Parent 2 : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

HISTORIQUE DE VIE EN MILIEU ÉDUCATIF À LA PETITE ENFANCE

Noms des partenaires au dossier et coordonnées si disponibles

Orthophoniste : _____

Psychologue : _____

Physiothérapeute :

Ergothérapeute :

Psychoéducateur(trice) : _____

TES:

Accompagnateur(trice) : _____

Médecin : _____

Autres :