



*Cher enseignant.e,
je vous présente
mon enfant*

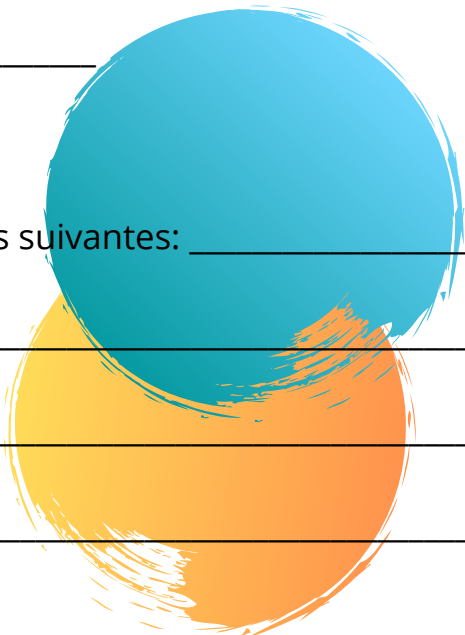
ET SON GILLES DE LA TOURETTE



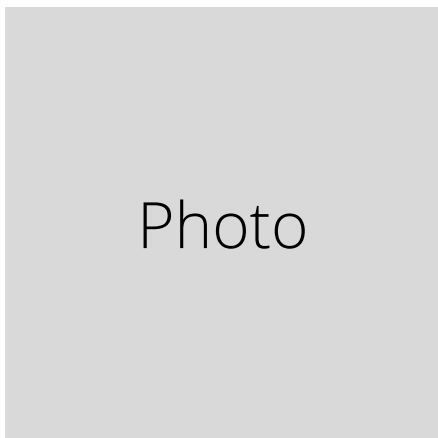
Nom:

Date de naissance: _____

Mon enfant aime particulièrement,/ a les forces suivantes: _____



Mon enfant n'aime pas vraiment: _____



Voici quelques-uns des tics de mon enfant:

Mon enfant prend la médication suivante qui peut avoir comme effets secondaires...

Médication

Effets secondaires

Il/elle a des suivis avec ...

Médecin ____.

Pédiatre ____

Ergothérapeute ____.

Pédopsy ____

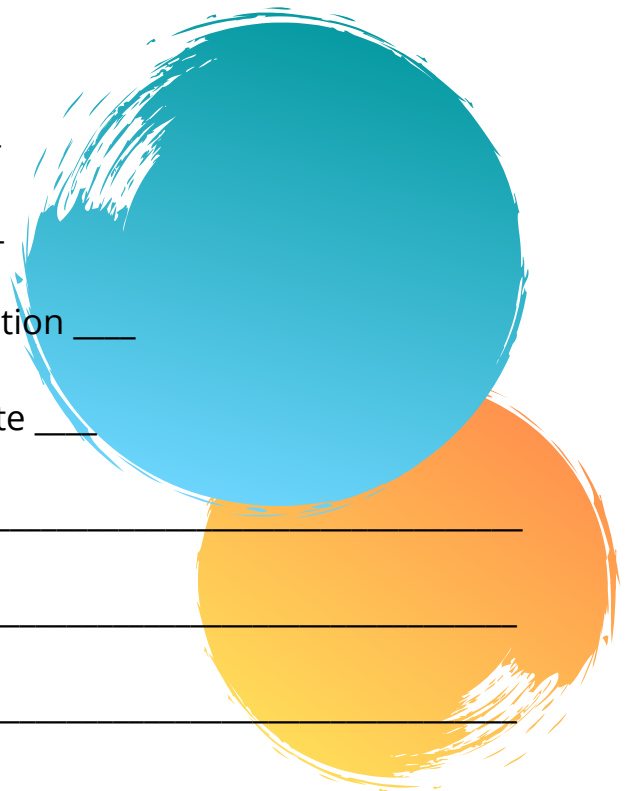
Psychologue ____.

Psychoéducation ____

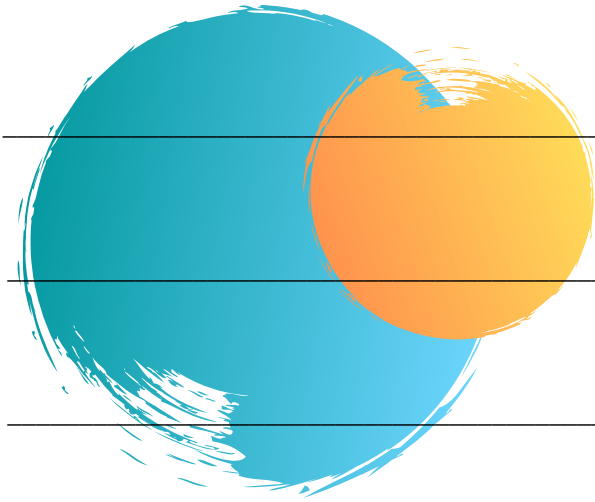
TES ____.

Orthophoniste ____

Autres _____



Autres informations pertinentes



Pour me joindre ou toutes questions

Infos de la personne à joindre

Numéro de Téléphone de _____

Nom: _____

Numéro de Téléphone: _____

Courriel : _____

Ci-joint, des informations complémentaires
pertinentes