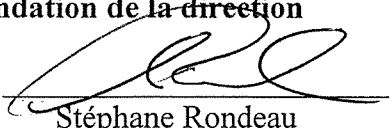
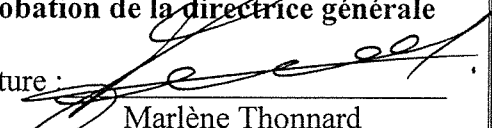


|   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <b>RECUEIL DE GESTION</b>   | POLITIQUE  | <b>CODE : RE-99.02</b>          |
|   | PROCÉDURE  | <b>DATE : 15 septembre 2005</b> |
|   | RÈGLEMENT  | <b>PAGE : 1 sur 2</b>           |
| <b>TITRE :</b>  | Cours temporaires à domicile   |                                 |
| <b>SUJET :</b>  | Procédure relative à l'organisation de cours temporaires à domicile.   |                                 |
| <b>RÉFÉRENCE :</b>  |  |                                 |
| <b>ORIGINE :</b>  | Service des ressources éducatives et technologiques  |                                 |
| <b>Recommandation de la direction<br/>du service</b>  | <b>Approbation de la directrice générale</b>   |                                 |
| Signature : <br>Stéphane Rondeau | Signature : <br>Marlène Thonnard |                                 |
| <b>Entrée en vigueur :</b><br>27 septembre 2005   | <b>Numéros de résolution ou référence</b><br>CCG-05-09-2185  |                                 |
| <b>Ce document remplace le document codé :</b>  | <b>Daté le :</b>   |                                 |

**BUT :**


Permettre aux élèves dont l'état de santé nécessite une longue convalescence à la maison de poursuivre leur scolarité. Cette mesure pourrait être aussi possible pour des raisons humanitaires.

**ADMISSIBILITÉ :**

Tous les élèves inscrits au secteur jeune de notre commission scolaire dont l'absence prévue est supérieure à trois semaines.

**CONDITION :**

Que la demande soit faite sur le formulaire prévu à cet effet. La signature du médecin confirmant la durée de l'absence de l'élève est obligatoire.

|  |           |                          |
|--|-----------|--------------------------|
| <b>RECUEIL DE GESTION</b><br> | POLITIQUE | CODE : RE-99.02          |
|  | PROCÉDURE | DATE : 15 septembre 2005 |
|  | RÈGLEMENT | PAGE : 2 sur 2           |
| <b>TITRE: Cours temporaires à domicile</b>   |           |                          |

**DURÉE DU SERVICE :**

Les cours à domicile sont offerts à raison de 5 heures par semaine au primaire et de 5 heures par semaine au secondaire. Ce service s'interrompt dès que l'élève réintègre ses cours réguliers.

**MODALITÉS :**

Lorsque la direction d'école possède le certificat médical confirmant la durée de l'absence de l'élève, elle achemine le formulaire de demande de service (en annexe) ainsi que le certificat médical au service des ressources éducatives. Dès la réception des documents, la direction du service des ressources éducatives autorise l'école à choisir l'enseignant(e) qui assumera le service à domicile.

Lorsque cette mesure est appliquée pour des raisons humanitaires, la direction d'école achemine sa demande au service des ressources éducatives.

**RESPONSABILITÉS :**

Les matières et modalités d'intervention pour les cours temporaires à domicile sont définies par la direction d'école (planification et évaluation). La direction du service des ressources éducatives planifie et supervise l'ensemble du dossier des cours temporaires à domicile.



## Demande de cours temporaires à domicile

Je soussigné, désire par la présente faire une demande de cours temporaires à domicile pour mon enfant.

**Section I : Identification du candidat**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

**Section III : Renseignement d'ordre scolaire**

Nom de l'école : \_\_\_\_\_  
 Niveau d'étude : \_\_\_\_\_  
 Rendement de l'élève : \_\_\_\_\_  
 Bulletin :   
 Ci-joint   
 Déjà fourni

**Section II : Nature et durée du handicap**

Nature du handicap : \_\_\_\_\_  
 Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
 Durée : \_\_\_\_\_  
 Certificat médical : ci-joint ( )      déjà fourni ( )      à venir ( )

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du père / mère / tuteur

**RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION**

**Demande acceptée**    OUI     NON     Date : À compter

**Si non, motif(s) du refus :** \_\_\_\_\_

Du : \_\_\_\_\_

Au : \_\_\_\_\_

**Professeurs(es) choisis(es)**

**Matières**

**Nombre d'heures / semaine**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Code budgétaire pour la paye : 015-7-24405-131

Envoyer la copie originale à la direction des ressources éducatives et une copie aux ressources humaines à Mario Lyrette.