



École des Pionniers-de-Maillarville

Directrice : Mme Marie-Josée Patry

1618 Patricia Ave.
Port Coquitlam, C.-B., V3B 4A8

604-552-7915 ecole_pionniers@csf.bc.ca
pionniers.csf.bc.ca



Chers parents / tuteurs,

L'an passé, nous avons mis en place un programme de chien de thérapie dans notre école. Ce projet a trouvé bon accueil auprès de la communauté scolaire et a été un succès auprès de nos élèves (spécialement au primaire). Cette approche vise à promouvoir l'amélioration du fonctionnement social, émotionnel et/ou cognitif des élèves par l'intermédiaire d'un chien. Dans le cadre de cette approche, l'animal agit à titre de **motivateur** pour s'engager dans la démarche d'intervention, a un effet **calmant et apaisant** lors de situation difficile, **facilite** l'établissement de la relation et est utilisé comme un **modèle de comportement** pour améliorer les aptitudes sociales.

Le suivi de cette approche requiert de la rigueur et de l'organisation afin d'assurer le bien-être de tout un chacun. Nous sollicitons donc votre collaboration afin d'obtenir des informations essentielles au suivi du projet. Cela nous permet de définir les zones d'approche en cas d'allergies ou de peur chez nos élèves.

Ce projet est supervisé par François Bergeron, directeur adjoint, Mme Catherine Côté-Simard, conseillère au primaire, Mme Julie Winter, conseillère au primaire et au secondaire, et M. Alex René De Cotret, intervenant jeunesse. N'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez des questions supplémentaires.

Merci pour votre précieuse collaboration,

François Bergeron, directeur adjoint

N.B. Ce formulaire est valide pour la durée de la scolarité de l'élève à moins d'un avis contraire du parent.

Nom de l'élève : _____ Division (classe) : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergie au chien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, présente-t-il un ou des symptômes Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Cutané	<input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/> Autres
Votre enfant présente-t-il une peur des chiens	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> <u>Je ne veux pas</u> que mon enfant soit en contact direct avec le chien de thérapie.			
Informations supplémentaires à nous communiquer :			

Signature : _____

Date : _____



École des Pionniers-de-Maillarville

Directrice : Mme Marie-Josée Patry

1618 Patricia Ave.
Port Coquitlam, C.-B., V3B 4A8

604-552-7915 ecole_pionniers@csf.bc.ca
pionniers.csf.bc.ca



Dear Parents/Guardians,

Last year we implemented a therapy dog program in our school. This project has been well received by the school community and has been a success with our students (especially at the elementary level). This approach aims to promote the improvement of social, emotional and/or cognitive functioning of students through the use of a dog. In this approach, the animal acts as a motivator to engage in the intervention process, has a calming and soothing effect in difficult situations, facilitates relationship building and is used as a role model to improve social skills.

Following this approach requires rigor and organization to ensure the well-being of everyone. We therefore request your collaboration to obtain essential information for the follow-up of the project. This will allow us to define the areas of approach in case of allergies or fear in our students.

This project is supervised by François Bergeron, Vice Principal, Ms. Catherine Côté-Simard, Elementary School Counselor, Ms. Julie Winter, Elementary and Secondary School Counselor, and Mr. Alex René De Cotret, Youth Worker. Do not hesitate to contact us if you have any additional questions.

Thank you for your precious collaboration,

François Bergeron, vice principal

N.B. This form is valid for the student's school years at our school if no change is made by parents.

Student's name: _____ Division (class): _____

Does your child have a dog allergy?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
If yes, does he/she have any symptoms.	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Respiratory	<input type="checkbox"/> Other
Describe: _____			
Does your child have a fear of dogs	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> I do not want my child to be in direct contact with the therapy dog.			
Additional information to be provided: 			

Signature: _____ Date: _____