



**École des Pionniers-de-Maillardville**  
 Située sur le territoire traditionnel de la Première Nation Kwikwetlem, un territoire partagé avec les Nations Musqueam, Squamish, Tsleil-Waututh et Quay Quayt.  
 Nous en sommes reconnaissants.

Directeur : M. François Bergeron

1618 Avenue Patricia  
 Port Coquitlam CB V3B 4A8  
 (604) 552-7915

[ecole\\_pionniers@csf.bc.ca](mailto:ecole_pionniers@csf.bc.ca) [www.pionniers.csf.bc.ca](http://www.pionniers.csf.bc.ca)



Chers parents / tuteurs,

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 utilisée 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 M. François Bergeron, directeur, M. Alex René De Cotret et Mme Magalie Lévesque. N'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez des questions supplémentaires.

Merci pour votre précieuse collaboration, François Bergeron, directeur

*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 : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_

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

Signature du parent / tuteur légal: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_