

Mains LeReseaudaideauxfamilles.ca

Formulaire : avis aux tiers et aiguillage

Date* Click or tap to enter a date.

Renseignements sur le client

Enfant/Jeune

*Prénom :

*Nom de famille :

Date de naissance*:

Sexe*:

Consentement :

Signature du tuteur légal (le cas échéant) :

Signature du client :

Je comprends qu'un dossier électronique sera créé. Les renseignements seront partagés avec le personnel de Mains LeReseaudaideauxfamilles.ca s'il y a lieu.

Consentement verbal obtenu du client/tuteur légal au lieu de la signature.

Personne remplissant ce formulaire d'aiguillage (source d'aiguillage) *::

Rôle auprès du client :

Courriel de la source d'aiguillage :

Téléphone de la source d'aiguillage :

Fax de la source d'aiguillage (si sans courriel):

Coordonnées de l'enfant/du jeune

Cellulaire :

Courriel :

Je donne l'autorisation de me contacter par texto ou courriel à des fins de planification.

*Langue parlée par l'enfant/lejeune :

Coordonnées de la famille

*Nom du parent/Tuteur légal :

*Adresse :

*Code postal :

Téléphone – préféré :

Cellulaire Maison Travail

Téléphone :

Cellulaire à des fins de planification

*Courriel :

Je donne l'autorisation de me contacter par texto ou courriel à des fins de planification.

Lien avec l'enfant :

Vit avec :

- Oui
 Non

Coordonnées de la famille

Nom du parent/tuteur légal :

Adresse :

Code postal :

Téléphone – préféré :

Téléphone

Cellulaire Maison Travail

Cellulaire à des fins de planification

Courriel :

Je donne l'autorisation de me contacter par texto ou courriel à des fins de planification.

Lien avec l'enfant :

Vit avec :

Oui

Non

*Type de garde :

Les deux Mère Père Autre

Si autre, veuillez indiquer les dispositions particulières :

Partenaires/Services impliqués :

Intégration communautaire

Pédiatre /Médecin généraliste/Infirmière praticienne/ Infirmier praticien

Services scolaires

ACSM – Association canadienne pour la santé mentale

Autre partenaire communautaire :

Services de protection de l'enfance

La place des enfants

Services de santé mentale des Premières Nations

Services d'autisme

Autre partenaire communautaire :



*Services demandés :

Enfant et Jeune

- Santé mentale des enfants et des jeunes (**Districts de Nipissing et Parry Sound**)
- Jeunes en transition (**Districts de Muskoka et Parry Sound**)
- Développement du nourrisson et de l'enfant (**Districts de Muskoka et Parry Sound**)
- Bon départ (**Districts de Muskoka et Parry Sound**)
- Services de soutien au développement pour enfants (**Districts de Muskoka et Parry Sound**)

*Raison de l'aiguillage :

Veuillez énumérer toutes les questions/préoccupations précises à aborder :

Obstacles possibles aux services :

- Transport
- Comportements qui limitent les rendez-vous au bureau
- Incertain de vouloir les services
- Heure de la journée
- Autre