

de dossier: _____

**SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À COMPLÉTER CE FORMULAIRE, VEUILLEZ CONTACTER LE SERVICE DE L'AEO
AU 418-695-7084 OU AU 1-877-353-7119. LE PERSONNEL SERA DISPONIBLE POUR VOUS AIDER.**

COORDONNÉES DU CLIENT

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

SEXE : Féminin Masculin **DATE DE NAISSANCE :** _____

***No RAMQ :** _____ **(obligatoire)** ***DATE EXPIRATION No RAMQ :** _____

LIEU DE NAISSANCE DE L'ENFANT : _____

SCOLARITÉ : Non scolarisé Primaire Secondaire Collégial Autre : _____
 en cours complété

LANGUE D'USAGE : Français Anglais LSQ Autre : _____

MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ : Téléphone Télécopieur Téléscripateur Courriel Autre _____

L'ENFANT HABITE AVEC :

MÈRE PÈRE FAMILLE D'ACCUEIL AUTRE : _____

	COORDONNÉES DE LA MÈRE	COORDONNÉES DU PÈRE
Nom et prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
Téléphone résidence	_____	_____
Téléphone travail	_____	_____
Téléphone cellulaire	_____	_____
Adresse courriel	_____	_____

L'ENFANT A-T-IL UN TUTEUR AUTRE QUE LES PARENTS oui (nom) _____ non

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM ET PRÉNOM : _____ **LIEN DE PARENTÉ :** _____

TÉLÉPHONE : _____

GARDERIE OU ÉCOLE FRÉQUENTÉE : _____

L'ENFANT A-T-IL UN MÉDECIN DE FAMILLE oui _____ non

nom du médecin

NOM : _____

PRÉNOM : _____

dos. : _____

L'ENFANT EST-IL DÉJÀ INSCRIT DANS UN PROGRAMME DU CRDP oui non

Si oui, lequel : _____

Qui vous a référé ici: _____
Nom ou établissement et coordonnées

Un spécialiste ou professionnel de la santé a-t-il déjà émis un diagnostic officiel concernant la condition pour laquelle vous faites une demande de services ? oui non

Si oui :

Diagnostic	Date	Professionnel
------------	------	---------------

L'enfant est-il suivi actuellement par un professionnel de la santé ? oui non

Si oui :

Nom du professionnel et profession	Depuis quand
------------------------------------	--------------

Nom du professionnel et profession	Depuis quand
------------------------------------	--------------

Qu'est-ce qui vous préoccupe dans les activités quotidiennes de votre enfant : _____

Qu'est-ce qui vous préoccupe dans les activités quotidiennes de votre famille : _____

Quelles seraient les améliorations souhaitées, et laquelle est la plus importante pour vous (ceci permettra d'orienter nos interventions) ? _____

Votre enfant est-il en attente de services ailleurs ? oui non Si oui, où : _____

Avez-vous signé des formulaires permettant que nous recevions les documents concernant votre enfant ? oui non

L'ENFANT EST-IL RÉFÉRÉ SUITE À UN ACCIDENT ? oui non - Si oui, complétez les questions dans l'encadré ci-après

Date de l'accident : _____

Description brève : _____

L'enfant est-il assuré ? oui non

Si oui, par quelle compagnie : CSST SAAQ IVAQ Autre : _____ # réclamation : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

dos. : _____

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

CONFIDENTIALITÉ

Les intervenants qui dispensent des services de réadaptation ont accès au dossier de votre enfant. Celui-ci contient des informations sur l'évaluation des besoins, sur le plan d'intervention et sur l'évaluation du suivi. Tous les intervenants s'engagent à respecter le secret professionnel et les règles de confidentialité des législations en vigueur. Le centre de réadaptation Le Parcours du CSSS de Jonquière vous assure qu'aucune information ne sera divulguée à un tiers sans votre autorisation écrite.

CONSENTEMENT

Moi, _____
Nom et lien avec l'enfant

- assure que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques.
- autorise les intervenants du CRDP Le Parcours à communiquer avec les professionnels ayant déjà évalué ou suivi mon enfant pour validation d'informations en lien avec l'admissibilité dans un programme.

Date de la demande

- autorise verbalement les intervenants du CRDP Le Parcours à communiquer avec les professionnels m'ayant déjà évalué ou suivi pour validation d'informations en lien avec mon admissibilité dans un programme.