

**FORMULAIRE DE RÉFÉREMENT**

**MOTIF(S)**

---



---



---

**IDENTIFICATION**

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N.A.M. \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

**Parents**

**Téléphone**

Nom de la mère _____	Maison _____
Adresse _____	Travail _____
	Cellulaire _____
Nom du père _____	Maison _____
Adresse _____	Travail _____
	Cellulaire _____

**TYPE DE FAMILLE**

- Nucléaire       Monoparentale       Recomposée

**ÉVALUATION(S)**

- Audiologie     Éducateur spécialisé     Ergothérapeute     Neuro-psychologue     Physiothérapeute
- Psychoéducateur     Psychologue     Travailleur social     Autre \_\_\_\_\_

**MÉDECINE FAMILIALE**

- Médecin de famille     Pédiatre
- \_\_\_\_\_
- Nom Téléphone

**MÉDICAMENT**

Nom \_\_\_\_\_ Posologie \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_

Depuis quand \_\_\_\_\_

### SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

<input type="checkbox"/> Analphabétisme	<input type="checkbox"/> Immigration	<input type="checkbox"/> Insalubrité	<input type="checkbox"/> Négligence	<input type="checkbox"/> Niveau socio-économique bas
<input type="checkbox"/> Absence de travail	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
<input type="checkbox"/> Criminalité	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Violence familiale	<input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Physique
<input type="checkbox"/> Autre				

### RÉFÉRANT(E)

Nom du référant \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

