

RAISONS DE LA DEMANDE

Situation médicale : Médecin de famille ou pédiatre Non Oui, Spécifiez : _____

Motif(s) de la demande :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Difficultés de comportements
<input type="checkbox"/> Difficultés affectives/rerelations sociales
<input type="checkbox"/> Réseau absent ou inadéquat
<input type="checkbox"/> Mobilisation des parents inadéquate
<input type="checkbox"/> Absence/refus de services et/ou historique de bris de services | <input type="checkbox"/> Retard de développement/difficultés apprentissages
<input type="checkbox"/> Contexte d'habitation questionnable
<input type="checkbox"/> Absentéisme scolaire/CPE/garderie
<input type="checkbox"/> Situation économique précaire
<input type="checkbox"/> Difficultés familiales |
|---|--|

Précisez la situation générale de l'enfant (besoins observés chez l'enfant ou toutes autres informations complémentaires pertinentes) vous pouvez joindre un fichier/annexe à la demande.

Intérêts et forces de l'enfant :

L'enfant est-il suivi actuellement? Est-il en attente de services ou a-t'il déjà eu des services?
 Non Oui, Précisez : CISSS-CA (CLSC, DPDAR) DPJ Organisme communautaire
 Autre(s) : Précisez :

Veillez mentionner les intervenants ou professionnels au dossier*

Nom, Prénom et Titre (profession)	Établissement	Services	Coordonnées
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> En attente	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> En attente	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> En attente	

Attentes en lien avec nos services (référant et parents)

Signature du référant _____ **Date :** _____

Faxer la référence ainsi que tout document pertinent au 418-755-0493 ou par courriel à :
 références@cpscdesappalaches.com