

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE ENFANTS/ADOLESCENTS.ES (3 À 17 ANS)

INFORMATION AU SUJET DE L'ENFANT/ADOLESCENT.E

NOM	PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	ÂGE	SEXE
		Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
TUTEUR LÉGAL DE L'ENFANT/ADOLESCENT.E		ÉCOLE FRÉQUENTÉE
NUMÉRO DE CELLULAIRE DE L'ADOLESCENT.E (14 ANS ET +)		COURRIEL DE L'ADOLESCENT.E (14 ANS ET +)
MEILLEURE FAÇON DE JOINDRE L'ADOLESCENT.E		MEILLEUR MOMENT POUR LA PRISE DE CONTACT
Téléphone <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/>		

INFORMATION AU SUJET DES PARENTS

NOM/PRÉNOM DU PARENT 1	NOM/PRÉNOM DU PARENT 2
ADRESSE POSTALE	ADRESSE POSTALE
COMMUNICATION	COMMUNICATION
Téléphone maison:	Téléphone maison:
Cellulaire:	Cellulaire:
Courriel:	Courriel:
Meilleure façon de le joindre parmi ces 3 options ?	Meilleure façon de le joindre parmi ces 3 options ?
MEILLEUR MOMENT POUR LA PRISE DE CONTACT	MEILLEUR MOMENT POUR LA PRISE DE CONTACT
EST INFORMÉ.E DE LA PRÉSENTE RÉFÉRENCE <input type="checkbox"/>	EST INFORMÉ.E DE LA PRÉSENTE RÉFÉRENCE <input type="checkbox"/>

SI LES PARENTS SONT SÉPARÉS, S'IL VOUS PLAÎT, VEUILLEZ NOUS INDIQUER LE FONCTIONNEMENT DE LA GARDE

INFORMATION AU SUJET DE LA SITUATION D'AGRESSION SEXUELLE

LIEN DE L'ENFANT/ADOLESCENT.E AVEC L'AGRESSEUR/AGRESSEUSE
DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE ET DE LA SITUATION FAMILIALE

SIGNALEMENT FAIT À LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ?

 OUI NON

SI LE SIGNALEMENT A ÉTÉ EFFECTUÉ...

EST-CE QUE LE SIGNALEMENT A ÉTÉ RETENU EN LIEN AVEC LE.S AGRESSION.S SEXUELLE.S ?

 OUI NON

COCHEZ LES CASES APPROPRIÉES À LA SITUATION

VÉRIFICATION COMPLÉMENTAIRE TERRAIN (VCT)	<input type="checkbox"/>
ÉVALUATION EN COURS	<input type="checkbox"/>
** ÉVALUATION - FAITS FONDÉS	<input type="checkbox"/>
** ÉVALUATION - FAITS NON FONDÉS	<input type="checkbox"/>
** Si les faits s'avèrent non fondés, veuillez nous contacter avant de nous faire parvenir le présent formulaire au 581 428-6856.	
FERMETURE DU DOSSIER DPJ	<input type="checkbox"/>
SUIVI EN COURS OU À VENIR À L'APPLICATION DES MESURES	<input type="checkbox"/>
TRANSFERT PERSONNALISÉ VERS D'AUTRES SERVICES. SI OUI, PRÉCISEZ :	<input type="checkbox"/>

DÉNONCIATION À LA POLICE

PLAINTÉ DÉPOSÉE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	À VENIR <input type="checkbox"/>	PRÉCISEZ
ENTREVUE VIDÉO	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	À VENIR <input type="checkbox"/>	PRÉCISEZ

NOUS SOUHAITONS QUE VOUS NOUS CONTACTIEZ POUR DISCUTER DE LA SITUATION

 OUI NON

SI OUI, À QUEL MOMENT ?

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT/ADOLESCENT.E (AFFECTIF, COGNITIF, SOCIAL, PHYSIQUE ET SEXUEL).

SI L'ENFANT/ADOLESCENT.E PRÉSENTE DES PARTICULARITÉS SPÉCIFIQUES, VEUILLEZ NOUS LE MENTIONNER AFIN QUE NOUS PUISSIONS ADAPTER NOS INTERVENTIONS À SES BESOINS.

(NOTE: IL EST POSSIBLE DE NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE RAPPORT D'ÉVALUATION OU TOUT AUTRE RAPPORT PERTINENT AFIN DE FACILITER LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS.)

AUTRES PROFESSIONNELS QUI INTERVIENNENT DÉJÀ AUPRÈS DE L'ENFANT/ADOLESCENT.E

TITRES	NOMS/PRÉNOMS	COORDONNÉES	PROBLÉMATIQUE(S) CIBLÉE(S) PAR L'INTERVENTION

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES OU COMMENTAIRES

NOM ET PRÉNOM DE L'INTERVENANT.E	DATE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET NUMÉRO DE POSTE	ADRESSE COURRIEL

SVP, veuillez vous assurer que les parents ou l'adolescent.e (14 ans et +) ont consenti à ce que l'information circule librement entre vous et le CALACS-CA. Bien vouloir joindre l'autorisation de communication à la présente référence.

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS/ADOLESCENTS.ES (3 À 13 ANS)

INFORMATION AU SUJET DE L'ENFANT/ADOLESCENT.E

NOM	PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	ÂGE	SEXE
		Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

Je, soussigné _____ (Prénom et nom du parent ou du tuteur) consens à ce que les renseignements contenus au dossier de mon enfant soient transmis au CALACS Chaudière-Appalaches, en tout ou en partie, aux fins citées ici-bas.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI COMPLÈTE LA RÉFÉRENCE

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/FONCTION
TÉLÉPHONE	COURRIEL	

J'autorise le CALACS Chaudière-Appalaches à échanger de l'information au sujet de mon enfant avec l'organisme mentionné ci-haut.

Initiales du parent ou du tuteur : _____

J'autorise le CALACS Chaudière-Appalaches à vérifier auprès de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) si la situation de mon enfant en lien avec la présente demande de service a été signalée.

Si le signalement n'a pas été effectué, sachez que, la Loi de la protection de la jeunesse (art. 39 et 39.1) prévoit que tout abus sexuel ou physique doit être signalé dans les plus brefs délais au DPJ.

Initiales du parent ou du tuteur : _____

J'autorise la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) à transmettre au CALACS Chaudière-Appalaches les conclusions résultant de ses interventions concernant la présente situation.

Initiales du parent ou du tuteur : _____

Cette autorisation est valide pour une période de _____ mois à partir de la date de signature de ce document. Après cette date, un nouveau consentement sera requis.

Signature du parent ou du tuteur : _____ **Date :** _____

Il m'est impossible d'obtenir une signature du parent ou tuteur. C'est pourquoi une autorisation verbale a été obtenue le _____ (date).

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS ADOLESCENT.ES (14 ANS ET +)

INFORMATION AU SUJET DE L'ADOLESCENT.E

NOM	PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	ÂGE	SEXE
		Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

Je, soussigné _____ (Prénom et nom) consens à ce que les renseignements contenus au dossier dans mon dossier soient transmis au CALACS Chaudière-Appalaches, en tout ou en partie, aux fins citées ici-bas.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI COMPLÈTE LA RÉFÉRENCE

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/FONCTION
TÉLÉPHONE	COURRIEL	

J'autorise le CALACS Chaudière-Appalaches à échanger de l'information pertinente qu'il détient à mon sujet avec l'organisme mentionné ci-haut.

Initiales de l'adolescent.e _____

J'autorise le CALACS Chaudière-Appalaches à vérifier auprès de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) si ma situation en lien avec la présente demande de service a été signalée.

Si le signalement n'a pas été effectué, sachez que, la Loi de la protection de la jeunesse (art. 39 et 39.1) prévoit que tout abus sexuel ou physique doit être signalé dans les plus brefs délais au DPJ.

Initiales de l'adolescent.e _____

J'autorise la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) à transmettre au CALACS Chaudière-Appalaches les conclusions résultant de ses interventions concernant la présente situation.

Initiales de l'adolescent.e _____

Cette autorisation est valide pour une période de _____ mois à partir de la date de signature de ce document. Après cette date, un nouveau consentement sera requis.

Signature de l'adolescent.e _____

Date : _____

Il m'est impossible d'obtenir une signature de la part de l'adolescent.e. C'est pourquoi une autorisation verbale a été obtenue le _____ (date).