



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
 (SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT)

RÉFÉRANT	
Prénom, Nom :	Titre (Profession) et établissement :
Téléphone : Poste :	Courriel :

CONSENTEMENT
<p>Les parents consentent à la référence (ou l'enfant âgé de 14 ans et plus) et autorisent _____(nom du référent) de l'établissement _____(Nom de l'établissement) à faire parvenir les informations pertinentes à l'analyse de la demande au CPSA.</p> <p><input type="checkbox"/> Consentement obtenu en date du _____.</p> <p>*Si les parents sont séparés/divorcés, veuillez svp obtenir le consentement des deux parents. En l'absence de consentement, le formulaire de référence vous sera retourné.</p>

ENFANT RÉFÉRÉ	
Nom, Prénom :	DDN :
Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nombre d'enfants au sein de la famille :
<input type="checkbox"/> Établissement scolaire : _____ <input type="checkbox"/> Milieu de garde fréquenté : _____ Niveau scolaire : _____	

PARENTS	
Situation familiale <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> monoparentalité <input type="checkbox"/> garde partagée <input type="checkbox"/> inconnu	
Parent 1 : (Nom, Prénom) DDN :	Parent 2 : (Nom, Prénom) DDN :
Adresse :	Adresse : <input type="checkbox"/> identique à celle de l'autre parent.
Courriel :	Courriel :
Téléphone (Maison): (Cellulaire) :	Téléphone (Maison): (Cellulaire) :

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

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 :

Veuillez 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 :
 references@cpscdesappalaches.com