

Formulaire d'aiguillage vers un organisme tiers

Information sur l'enfant/le jeune :

Prénom de l'enfant/du jeune : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance: _____ Jour _____ Mois _____ Année _____ Genre : Masculin Féminin Autre : _____

N° de carte Santé : _____ Code de version : _____ Date d'exp. : _____

Adresse : _____ N° unité/app. _____ Rue _____ Ville/Municipalité _____ ON _____ Province _____ Code postal _____

L'enfant/Le jeune vit avec : Deux parents Mère Père Autre : _____

Avec qui faut-il communiquer pour cet aiguillage?

Enfant/Jeune : Oui Non Sinon, qui? : _____ Relation avec l'enfant/le jeune : _____

N° de téléphone _____ Peut-on laisser des messages? Oui Non

Autre n° pour joindre le jeune : _____ Permission de texter le jeune? Oui Non

Adresse courriel : _____ Peut-on laisser des messages? Oui Non

La personne-ressource parle-t-elle français? Oui Non Sinon, quelle langue? _____

Renseignements sur la source d'aiguillage :

Travailleuse/Travailleur orienteur : _____ Nom de famille _____ Prénom _____

Organisme orienteur : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Raison(s) de l'aiguillage (Joindre tout document pertinent qui contient des renseignements additionnels sur les besoins de l'enfant/du jeune) :

Date de l'aiguillage : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Le formulaire de consentement de WhereToStart.ca doit accompagner le présent formulaire d'aiguillage.
Télécopier les formulaires de consentement et d'aiguillage dûment remplis ensemble à WhereToStart.ca au 905 696-0352
ou info@WhereToStart.ca.

N° de téléphone de WhereToStart.ca : 905 451-4655



Consentement de divulgation de renseignements à WhereToStart.ca

Nom légal de l'enfant/du jeune : _____
Prénom _____ Nom de famille _____

Date de naissance de l'enfant/du jeune : _____
Jour _____ Mois _____ Année _____

Je, _____
(Nom complet du parent ou de la tutrice/du tuteur du jeune) _____
(Relation avec l'enfant/le jeune)

de _____
Adresse _____ Ville _____ ON _____
Province _____ Code postal _____

donne la permission à _____
(Nom de l'organisme orienteur) de transmettre à **WhereToStart.ca** tous les

renseignements de nature comportementale, sociale, émotionnelle, psychologique, psychiatrique, développementale et médicale qui a trait à l'enfant/au jeune susmentionné dans le but d'aiguiller l'enfant/le jeune vers des services de santé mentale et d'aider à la planification des services. Je n'autorise aucune autre divulgation de renseignements.

Le présent consentement est valide pour un (1) an à partir de la date indiquée ci-dessous, à moins d'être révoqué. On m'a informé(e) de mon droit de révoquer le présent consentement à n'importe quel moment en avisant le personnel de l'organisme orienteur susmentionné ou WhereToStart.ca de ma décision d'y mettre fin.

Signature du parent/de la tutrice ou du tuteur légal
(pas nécessaire pour un jeune qui fait une démarche volontaire)

Signature du témoin

Signature du jeune
(nécessaire si le jeune a plus de 16 ans ou fait une démarche volontaire)

J'accorde aussi la permission au personnel de **WhereToStart.ca** de transmettre les renseignements sur l'état ou le résultat de l'aiguillage fait en mon nom à l'organisme orienteur susmentionné. Je comprends que je peux révoquer ma permission à n'importe quel moment en avisant le personnel de l'organisme orienteur susmentionné ou WhereToStart.ca de ma décision d'y mettre fin.

Signature du parent/de la tutrice ou du tuteur légal
(pas nécessaire pour un jeune qui fait une démarche volontaire)

Signature du témoin

Signature du jeune
(nécessaire si le jeune a plus de 16 ans ou fait une démarche volontaire)

Daté de signature : _____
Jour _____ Mois _____ Année _____

Le formulaire d'aiguillage de WhereToStart.ca doit accompagner le présent formulaire de consentement.
Télécopier les formulaires de consentement et d'aiguillage dûment remplis ensemble à WhereToStart.ca au 905 696-0352
ou info@WhereToStart.ca.
N° de téléphone de WhereToStart.ca : 905 451-4655