

DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

A) Veuillez compléter les documents suivants

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Formulaire de demande d'admission – 5 Sections | <input type="checkbox"/> | Consentement pour fumer | <input type="checkbox"/> |
| Formulaire d'autorisation | <input type="checkbox"/> | Formulaire d'engagement d'aide | <input type="checkbox"/> |
| Tout autre rapport clinique, si disponible | <input type="checkbox"/> | | |

B) Veuillez assurer que les documents suivants soient signés si requis, et indiquer leur status :

	Inclus	À suivre	Non Disponible
Certificat de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numéro de bande / de bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte d'assurance sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le formulaire d'autorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordonnance de la court / Mesures de rechange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations scolaires et bulletins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Info sur la consommation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport médical / Résultat du TB (obligatoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte d'assurance santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information concernant la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Rapports de traitements antérieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assurez-vous que l'inventaire minimal des vêtements soit complété, afin que le client ou la cliente soit admise avec les vêtements requis.

Si vous avez d'autre information pertinente ou si vous avez besoin de plus d'espace pour transmettre l'information, n'hésitez pas à ajouter d'autres pages.

C) Postez ou envoyez les documents par télécopieur à l'adresse suivante:

<p style="text-align: center;">PRÉPOSÉ À L'ADMISSION</p> <p style="text-align: center;">Centre de réadaptation jeunesse des Premières Nations</p> <p style="text-align: center;">75 School Street, Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y1</p> <p>Téléphone: (418) 759-3006 Télécopieur : (418) 759-3064</p>

DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

SECTION 1. IDENTIFICATION

1.1. IDENTIFICATION DU CLIENT OU DE LA CLIENTE:

Nom: _____ Sexe: F M

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Statut Indien: Oui Non

Nom de la communauté: _____ Nation: _____

Résident: Dans la communauté En-dehors de la communauté

Numéro de bande (10 numéros): _____ de bénéficiaire si applicable _____

Langues parlées: _____

Langues écrites: _____

Adresse de la résidence: _____

d'assurance maladie _____ / # d'assurance sociale: _____

Contact en cas d'urgence: Nom: _____

Relation avec client-e: _____

Numéro-s de téléphone: _____

1.2. Identification de la famille:

1.2.1. Type de famille: Famille Biologique Famille Adoptive

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE
Père:		
Mère:		
Frère ou Soeur (Ainé)		Âge:
Frère ou Soeur (Suivant-e)		Âge:
Frère ou Soeur (Suivant-e)		Âge:
Autres?		

DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

1.2.2. Qui a la garde légale du client ?

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone () _____ Lien avec le client: _____
(parents, grand-parents, oncle, etc...)

1.2.3. Avec qui le client demeure-t-il ou elle présentement?

Parents biologiques Parents adoptifs gardiens légaux Autres? _____

Si autres, veuillez indiquer le nom de la personne ou de l'institution: _____

Adresse : _____

_____ Téléphone #: () _____

Veuillez identifier les personnes résidant avec le client ou cliente présentement si différent de 1.2.1.

Nom	Lien avec le client ou la cliente
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

1.2.4. Est-ce que le client ou la cliente a des enfants? Oui Non

Si oui, veuillez donner l'âge des enfants, dire avec qui ils habitent, et indiquer la relation entre le client et ses enfants :

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

1.3. IDENTIFICATION DES RESSOURCES:

1.3.1. Sources référentielles:

Nom de l'évaluateur: _____

Lien avec le client: _____

Nom de l'organisme: _____

Adresse: _____

Province: _____ Code postal: _____

Téléphone #: () _____ Télécopieur :() _____

Nom de l'intervenant responsable du suivi (après traitement) _____

Lien avec le client ou la cliente: _____

Nom de l'organisme: _____

Adresse: _____

Province: _____ Code postal: _____

Téléphone #: () _____ Télécopieur :() _____

1.3.2. Veuillez donner les informations concernant toute autre personne impliquée dans ce processus de référence :

Travailleur social: _____ Téléphone:() _____

Psychologue: _____ Téléphone:() _____

Officier de probation: _____ Téléphone:() _____

Autres: _____ Téléphone:() _____

1.3.3. Veuillez identifier les ressources disponibles dans la communauté du client :

Agent P.N.L.A.A.D.A. Travailleur de rue

Travailleur social Aîné

Représentant en santé communautaire Autres? _____

1.3.4. Identifiez les ressources déjà utilisées par le client ou la cliente, et dites pour quels motifs :

Centre Walgwan
DEMANDE D`ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

SECTION 2. PROFILS

2.1. PROFIL DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

2.1.1. Veuillez identifier lesquelles parmi les conditions suivantes, sont applicables au client ou cliente:

- | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Abus de solvants : | <input type="checkbox"/> | Abus d'alcool | <input type="checkbox"/> | Abus d'autres substances | <input type="checkbox"/> |
| Itinérance | <input type="checkbox"/> | | Spécifiez: _____ | | |
| Abusé physiquement | <input type="checkbox"/> | Abusé sexuellement | <input type="checkbox"/> | Conflits avec parents | <input type="checkbox"/> |
| Agressivité physique | <input type="checkbox"/> | Assauts | <input type="checkbox"/> | Abuseur sexuel | <input type="checkbox"/> |
| Prostitution | <input type="checkbox"/> | Auto-mutilation | <input type="checkbox"/> | Tentatives de suicide | <input type="checkbox"/> |
| Fugues | <input type="checkbox"/> | Délits | <input type="checkbox"/> | Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> |
| Abandon scolaire | <input type="checkbox"/> | Retard scolaire | <input type="checkbox"/> | Pairs consommateurs | <input type="checkbox"/> |

2.1.2. Ces conditions sont-elles associées à l'intoxication? Oui Non

Si oui, veuillez clarifier _____

2.1.3. **Agressivité physique & Assauts** : Spécifiez à quel âge, circonstances et envers qui ces comportements ont pris place et si le client était sous l'influence ou non?

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

2.1.4. Abusé sexuellement & physiquement : Spécifiez le contexte de ces événements, s'ils se produisent toujours actuellement, et l'âge à laquelle les abus ont commencé :

2.1.5. Auto-mutilation, Tentatives de suicide & Idées suicidaires : Spécifiez à quel âge ces incidents se sont produits, ce que le jeune a utilisé pour s'auto-mutiler ou tenter de se suicider, quel fut l'élément déclencheur, et si le client ou la cliente était sous l'influence ou non :

2.1.6. Y-a-t-il eu un suivi thérapeutique suite aux problèmes mentionnés? Oui Non

Si Oui, veuillez indiquer le nom et numéro de téléphone du professionnel :

Nom: _____ # de téléphone:() _____

Est-ce que le rapport du suivi est inclus? Oui Non

2.1.7. Est-ce que le client a déjà participé à un programme de réadaptation pour son abus de substances?

Oui Non Si Oui, veuillez donner les informations suivantes concernant le Centre de traitement:

Nom : _____ # de téléphone : () _____

Date : _____ Rapport du dernier séjour inclus? Oui Non

2.1.8. Est-ce que le client pratique une religion spécifique? Oui Non

Laquelle? _____

2.1.9. Est-ce que le client s'implique dans la pratique d'approche traditionnelle? (EX: tente de sueur, cercle de parole, guide, guide spirituel, aîné, camping traditionnel, etc...) Oui Non

2.1.10. Y a-t-il des restrictions de la part du client ou des parents concernant l'utilisation des approches traditionnelles?

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

2.1.11. INFORMATIONS SUR LA CONSOMMATION DE SOLVANTS ET AUTRES SUBSTANCES

Veillez indiquer toutes les substances déjà consommées par le client :

Essence Butane Produits de nettoyage Diesel
 Fixatif pour cheveux Vernis à ongles Diluant à peinture Ciment
 Dissolvant à vernis/ongles Propane Liquide correcteur Deodorants
 Peinture en aérosol Colle: Désodorisants

Médicaments prescrits

Médicaments courants

Lesquels? _____

Lesquels? (Tylenol, syrop pour la toux) _____

Alcohol Marijuana, « Weed » ou Hashish Cocaine PCP L.S.D.

Autres? Spécifiez lesquels : _____

2.1.12. Indiquez les substances consommées par ordre de préférence.

Substance	Date d'usage		Fréquence de l'usage	Quantité consommée
	Premier	Dernier		

2.1.13. Est-ce que sa consommation a augmenté avec le temps? Oui Non

2.1.14. À quel âge le client a-t-il ou elle consommé le plus? _____

2.1.15. Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation? _____

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

2.1.16. Quelles sont les principales raisons invoquées par le client pour consommer?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Pour avoir des amis | <input type="checkbox"/> | Pour faire comme mes amis | <input type="checkbox"/> | Pour être accepté | <input type="checkbox"/> |
| Parce que personne ne m'aime | <input type="checkbox"/> | Parce que personne ne s'occupe de moi | <input type="checkbox"/> | Pour avoir du plaisir | <input type="checkbox"/> |
| Pour oublier mes problèmes | <input type="checkbox"/> | Parce que personne ne me comprend | <input type="checkbox"/> | | |
- Autres? _____
- _____

2.1.17. Est-ce que le client a déjà fait l'expérience d'une période d'abstinence? Oui Non

Si Oui, spécifiez la durée et les dates de cette période : _____

Expliquez les méthodes utilisées pour maintenir l'abstinence _____

2.1.18. Veuillez indiquer les problèmes rencontrés par le client ou la cliente à cause de sa consommation de substance:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Perdre des amis | <input type="checkbox"/> | Se faire suspendre de l'école | <input type="checkbox"/> | Comportement agressif | <input type="checkbox"/> |
| Faire des choses que tu regrettes | <input type="checkbox"/> | Être arrêté pour un délit | <input type="checkbox"/> | Avoir honte | <input type="checkbox"/> |
| Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> | Oublier ce qui s'est passé | <input type="checkbox"/> | Perte de conscience | <input type="checkbox"/> |
| Sentiment de culpabilité | <input type="checkbox"/> | Avoir tenté de se suicider | <input type="checkbox"/> | Avoir peur sans raison | <input type="checkbox"/> |
| Avoir été hospitalisé d'urgence | <input type="checkbox"/> | Devenir malade en essayant d'arrêter de consommer | <input type="checkbox"/> | | |
| Avoir eu des hallucinations | <input type="checkbox"/> | Avoir été en situation de danger ou avoir eu un accident | <input type="checkbox"/> | | |
- Blessé une personne que tu aimes

Commentaires: _____

Centre Walgwan
DEMANDE D`ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

2.2. PROFIL DES FAMILLES

2.2.1. Veuillez spécifier les informations connues au sujet des parents du client ou de la cliente :

SI LA RÉPONSE EST OUI = SI LA RÉPONSE EST NON = SI VOUS NE SAVEZ PAS = ?

	Père	Mère	Père	Mère
	Biologique		Adoptive	
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autres, spécifiez : _____

2.2.2. Veuillez spécifier les informations connues au sujet des familles du client ou de la cliente :

SI LA RÉPONSE EST OUI = SI LA RÉPONSE EST NON = SI VOUS NE SAVEZ PAS = ?

	Famille Biologique	Famille Adoptive	Famille avec qui vit le client
Tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence conjugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauvreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abus de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez expliquer « autres »: _____

2.2.3. Indiquez les personnes significatives qui supportent le plus le client dans son traitement :

Nom: _____ Lien avec le client: _____

Nom: _____ Lien avec le client: _____

Nom: _____ Lien avec le client: _____

2.2.4 En général quelle est la relation interpersonnelle entre le client et les personnes avec qui il ou elle vit?

Centre Walgwan
DEMANDE D`ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

SECTION 3. ÉDUCATION

3.1. INFORMATIONS SCOLAIRES

3.1.1 Le client fréquent-t-il ou elle l'école? Oui Non
Si oui, quel type d'école? École résidentielle Famille d'accueil scolaire École publique
À l'intérieur de la communauté À l'extérieur de la communauté

3.1.2. Dernière école fréquentée et date d'abandon : Date: _____

Nom de l'école _____

Contact : _____ Position: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone : _____ Veuillez inclure le dernier bulletin :

3.1.3. Comment sont les relations interpersonnelles et les comportements du client avec les personnes en droit d'autorité à l'école? _____

3.1.4. Caractéristiques du client au plan scolaire:

Matières préférées: _____

Difficultés : _____

3.1.5. Est-ce que le client a déjà eu un emploi? (Emploi d'été ou autre) Oui Non

Emploi: _____ Employeur: _____

Personne à contacter: _____ Téléphone: _____

Centre Walgwan
DEMANDE D`ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

SECTION 4. INFORMATIONS MÉDICALES / 4.1. INFORMATION MÉDICALES DU CLIENT

4.1.1. Identification du médecin:

Nom de la clinique: _____

Nom du responsable médical: _____ Position : _____

Code postal: _____ # de téléphone: _____

4.1.2. Identification du client ou de la cliente : Nom : _____

de dossier: _____ # d'assurance maladie : _____

Pression: _____ Poids: _____ Grandeur: _____

Est-ce que les vaccinations requises sont à jour? Oui Non Ne sais pas

Si non, quelles sont les vaccinations requises?

4.1.3. Le client doit avoir eu un test de dépistage pour la tuberculose avant son admission. S.V. P. indiquer les

résultats et la date: _____ Résultats: _____

Rapport du test inclus? Oui Non Sinon, veuillez en indiquer les raisons _____

Si approprié, veuillez indiquer la date des dernières menstruations _____

La cliente est-elle enceinte? Oui Non Si oui, de combien de semaines? _____

4.1.5. Examen physique fait par : _____ **en date de:** _____

	Normal	Anormal	→ veuillez préciser
<input type="checkbox"/> Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Uro-génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Musculo-skelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Reticulo-endothélial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Sang, lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Apparence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Yeux, nez, gorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cheveux, peau, ongles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Autres problèmes de santé

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Énurésie | <input type="checkbox"/> Apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Coordination |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> MTS | <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Déficiences intellectuelles |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Concentration | <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Vision |
| <input type="checkbox"/> Audition | <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Hygiène déficiente | <input type="checkbox"/> Dermatologie |
| <input type="checkbox"/> Poux | | | |

Donnez des détails sur les problèmes et traitements, si nécessaire: _____

4.1.6 Santé mentale

Le client présente-t-il ou elle, des problèmes de santé mentale? Oui Non Ne sais pas

Si Oui, lesquels? Peurs, angoisses Dépression Idées suicidaires
 Tentatives de suicide Paranoïa Autres

Veillez spécifier les situations ou éléments déclencheurs des problèmes mentionnés ci-haut, ainsi que les dates ou périodes, la durée, les méthodes de contrôle utilisées, etc...

Le client ou cliente bénéficie-t-il ou elle d'un suivi thérapeutique? Oui Non

Si Oui, Nom du spécialiste: _____

Raison du suivi: _____

S.V.P. veuillez inclure le rapport du spécialiste : Rapport inclus? Oui Non

Si le client ou la cliente n'est pas suivie présentement, recommanderiez-vous un suivi basé sur votre évaluation?

Oui Non Si Oui, pour quelles raisons? _____

Centre Walgwan
DEMANDE D`ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

4.1.7. Médication

Le client ou cliente prend-il ou elle des médicaments? Oui Non Ne sais pas

Si Oui, précisez :

Medication	Date de début / Date de fin	Posologie	Cause du traitement
_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____/_____	_____	_____

4.1.8. Le client ou cliente a-t-il ou elle des restrictions alimentaires? Oui Non Ne sais pas

Si oui, lesquelles? _____

4.1.9. Veuillez spécifier toutes autres informations médicales pertinentes :

Date de la rencontre : _____

Signature du responsable médical : _____

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

SECTION 5. STATUT LÉGAL

*** Cette information a trait aux lois de Protection de la Jeunesse et sur les Jeunes Contrevenants ***

5.1. Statut légal du client :

Statut courant : Aucun dossier légal actif sinon veuillez fournir les informations ci-bas si applicables :

Protection de la Jeunesse: <input type="checkbox"/>	Jeunes Contrevenants <input type="checkbox"/>
Article 38, A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mesures de rechange : <input type="checkbox"/> Ordonnance de la cour: <input type="checkbox"/>
Mesures de rechange : <input type="checkbox"/> Ordonnance de la cour : <input type="checkbox"/> # d'ordonnance : _____ # article : _____	# d'ordonnance: _____ # article: _____
Date d'expiration : _____	Description : _____ _____
	Date d'expiration : _____
	Offence : _____

***Si applicable, veuillez inclure tous les documents légaux pertinents au statut indiqué ci-haut ***

5.1.1. Liste des placements relatifs à la loi sur les Jeunes Contrevenants OU Protection de la Jeunesse OU Placements Volontaires

Date et durée du placement	Résidence	Nom du Responsable
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

5.1.2. Le client ou la cliente doit-il ou elle comparaitre en court? Oui Non

Si oui, indiquez la date prévue : _____ Raison : _____

5.1.3. Y-a-t-il des limitations judiciaires de contact pour ce client (Injonctions de la court, limitations, etc...)

Nom : _____ Lien avec le client : _____

Nom : _____ Lien avec le client : _____

Veuillez inclure les documents de Pré-sentence, Décisions de la Cour, Probation ou tout autre document pertinent en annexe.

Centre Walgwan
DEMANDE D'ADMISSION POUR PROGRAMME RÉSIDENTIEL

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je, _____ en date de _____
(Parent / Tuteur légal) (Date courante – jj / mm/ aa)

autorise la directrice ou le directeur du Centre Walgwan ou son-sa délégué-e à intervenir conformément au traitement de réabilitations pour : _____ / _____

Nom du client ou de la cliente

Date de naissance

Je réalise que je consens aussi à :

- l'évaluation psychologique ou psychiatrique
- l'évaluation et au suivi médical
- la réception et transmission des informations personnelles concernant les dossiers cliniques aux :
Services sociaux, Services psychologiques, Agent P.L.A.A.D.A
Centre Jeunesse, Services psychiatriques, École, Autres, tels que requis.

Je comprend qu'aucune information ne sera transmise à qui que ce soit sans mon consentement écrit, à l'exception des personnes directement impliquées dans l'intervention qui me concerne au Centre Walgwan.

Je peux révoquer mon consentement quant à la transmission d'informations qui me concernent en tout temps.

Signature du client ou de la cliente : _____ Date de naissance : _____

Signature des parents _____
ou tuteur légal

Signature du référent : _____

Date du début du consentement : _____ Date de la fin _____
(30 jours après la fin du traitement)

Centre de réadaptation jeunesse des
Premières Nations
Centre Walgwan



First Nations
Youth Rehabilitation Center
Walgwan Center

Consentement pour fumer

Politique pour fumer

Il est défendu de fumer au Centre Walgwan. L'endroit désigné pour fumer est à l'extérieur seulement. Aucun résident n'aura le droit d'avoir des cigarettes, briquets ou allumettes en sa possession et ce, en tout temps. Les cigarettes et briquets seront gardés par les responsables. Le résident ne pourra fumer que pendant les pauses cigarettes. Les cigarettes seront distribuées par les responsables. Il sera défendu de fumer pendant les activités extérieures ou intérieures. Les fumeurs admis au Centre Walgwan seront fortement incités à participer au programme de non-fumeur comme faisant partie de leur réhabilitation. Les responsables superviseront et supporteront le jeune dans l'atteinte de son objectif de devenir non-fumeur.

Historique

Il y a plusieurs facteurs qui ont incité le Centre Walgwan à demander aux parents leur consentement pour l'autorisation de fumer. La majorité des jeunes qui viennent au Centre sont déjà des fumeurs et désirent continuer dans cette voie. Puisque dans le passé, vous lui avez donné la permission, votre jeune mentionne que vous l'autoriserez à continuer de fumer et que vous, en tant que responsable, allez fournir son tabac.

Veillez signer le consentement qui suit :

En tant que parent ou tuteur, je donne la permission de fumer à :

Parent/Tuteur		Jeune	
		Date	

À la suite de votre consentement, nous vous demandons d'envoyer des cigarettes à votre jeune. L'équipe clinique distribuera les cigarettes aux périodes prévues à l'horaire pour les pauses cigarettes (quatre fois par jour). Toutes les cigarettes,

briquets ou allumettes vont être gardés dans la boîte personnelle du jeune.

Si ce formulaire ne nous est pas retourné, nous assumerons que le jeune n'est pas autorisé à fumer. Un suivi par téléphone sera fait afin de nous assurer que vous avez bien reçu le formulaire.

L'équipe clinique du Centre Walgwan se réserve le droit d'enlever tout privilège de fumer advenant une infraction au règlement.

S'il y a infraction, le parent ou le tuteur sera informé que les règlements du Centre n'ont pas été respectés et que le parent doit mettre fin à l'envoi de cigarettes. Si nous recevons toujours de cigarettes, ces dernières seront retenues par la personne responsable.

Je consens à suivre les règlements mentionnés ci-dessus.

Signature du jeune :	
Date :	



**Centre de réadaptation jeunesse des Premières Nations
Centre Walgwan**

Contrat d'engagement

À la suite de l'admission de _____, en ce jour du _____, je, _____, (lien avec le jeune) _____, m'engage à le supporter durant son séjour au Centre Walgwan et à m'informer de la progression du jeune dans son programme.

Pour ce faire, je garderai le contact avec le jeune par des appels téléphoniques, selon l'horaire suivant :

Nous vous suggérons d'appeler après 18 heures au numéro suivant : (418) 759-3075. Il se peut qu'il y ait des ententes spéciales en ce qui concerne les heures d'appel afin de se conformer à l'horaire de travail des intervenants du milieu.

Signé le _____, à Gesgapegiag (Centre Walgwan)

Nom du client : _____

Nom de l'intervenant : _____

Nom du parent : _____

Nom de la personne significative : _____

Nom de l'employé du centre Walgwan : _____



Centre de réadaptation jeunesse des
Premières Nations
Centre Walgwan

Livret des règlements du client

Nom du jeune

Contenu

[Bienvenue](#)
[Comportement attendu](#)
[Règle d'or](#)
[Drogues – Alcool – Solvants](#)
[Parents et visiteurs](#)
[Violence](#)
[Code de conduite](#)
[Vêtements à apporter](#)
[Articles qui ne sont pas permis](#)
[Politique Pause cigarette](#)
[Responsabilités du client](#)
[Appels téléphoniques](#)
[Bonne forme physique](#)
[Hygiène personnelle](#)
[Nutrition](#)
[Règlements de la maison](#)
[Conséquences des manques aux règlements](#)
[Tâches ménagères](#)
[Attentes pour les clients](#)
[Information additionnelle](#)
[Dépanneur](#)
[Traditions autochtones et spiritualité](#)
[Activités traditionnelles](#)
[Procédure des visites de la famille et des proches](#)
[Entrée principale](#)
[Télévision](#)
[Musique – Radio Stéréo](#)
[Utilisation de l'ordinateur](#)
[Les locaux accessibles](#)
[Chambre à coucher](#)
[Salle à manger](#)
[Salon](#)
[Cuisine](#)
[Bureau des éducateurs](#)
[Buanderie](#)
[Salle spirituelle](#)
[Salle multifonctionnelle](#)
[Limites du terrain](#)

Règles et règlements

du Centre Walgwan

Bienvenue

Bienvenue! C'est avec plaisir que nous t'accueillons au Centre Walgwan. Afin de nous assurer que ton séjour soit le plus agréable possible, nous voudrions que tu prennes connaissance de ce petit guide sur les règles qui ont cours au Centre. Il serait très sage de le lire attentivement. Si tu as des questions, n'hésite pas à les poser. Nous nous ferons un plaisir d'y répondre.

Comportement attendu

Pendant ton séjour, nous souhaitons vivement que le Centre Walgwan devienne ta maison temporairement. Tu fais donc maintenant partie de notre famille. Tu devras te comporter positivement et contribuer ainsi à une atmosphère plaisante dans le Centre. C'est-à-dire que tu devras :

- Démontrer du respect pour toi-même et pour les autres;
- Accepter les responsabilités pour ton propre comportement et avoir une attitude sociale acceptable;
- Prendre soin de ta chambre en la gardant propre et veiller à ce qu'il n'y ait aucun dommage causé aux murs, au plancher, aux fenêtres et au mobilier;
- Accepter que les employés sont les adultes dans notre famille et qu'ils seront les personnes en autorité.

Règle d'or

Aucune boisson alcoolisée, drogue et utilisation de solvants ne sera toléré. Aucune forme de violence n'est acceptée.

Drogues – Alcool – Solvants

Tous les résidents et ce, en tout temps, devront s'abstenir de consommer des drogues, alcool et solvants. Afin de respecter cette consigne, certaines procédures pourraient être prises :

- Fouille des chambres en présence du client
- Fouille des effets personnels, des colis postaux, des achats, soit à l'arrivée et/ou au départ du client.
-

Parents et visiteurs

Les membres de la famille et visiteurs ne pourront pas visiter un client s'ils sont intoxiqués. Toute personne tentant d'apporter quelque substance au Centre sera rapportée immédiatement aux autorités policières.

Violence

- Aucune forme de violence ne sera tolérée envers les autres clients et les employés.
- Tous les clients devront démontrer du respect pour leur environnement, incluant les lieux et les biens du Centre ainsi que les biens des autres clients.
- Tout bri effectué intentionnellement ou tout objet volé devra être remboursé monétairement, en travaux compensatoires et/ou par le retrait d'une activité habituellement permise au client.

Code de conduite

Les clients du Centre devront être respectueux d'eux-mêmes, envers les autres et des lieux. L'utilisation d'un langage vulgaire, de moquerie méchante, de gestes dégradants est inacceptable. Les vêtements et la musique faisant la promotion de l'alcool, à caractère sexuel ou de nature satanique ne sont pas acceptés au Centre.

Vêtements à apporter

Casquettes - tuques – souliers – espadrilles – pantoufles - mitaines – gants – t-shirts – pantalons de gym – shorts – bottes d'hiver – sous-vêtements – bas – maillot de bain – manteau de pluie – pyjamas – chandails coton ouaté – manteau d'hiver.

Articles qui ne sont pas permis

Correcteur – colle – crayon feutre – rince bouche – briquet – désodorisant en aérosol – enregistreuse – couteaux – support à linge – pointe de métal – ciseaux – coupe-ongles – huile à briquet et tout produit contenant de l'alcool.

- Le baladeur ne sera permis que lors de l'activité *Temps personnel*
- Les lunettes de soleil ne sont permises qu'à l'extérieur
- La ceinture peut être utilisée sur le pantalon mais doit être remise au personnel après utilisation.

Politique Pause cigarette

Fumer dans le Centre n'est pas permis. Un endroit est désigné pour fumer à l'extérieur. Les clients ne peuvent pas avoir en leur possession des cigarettes, des briquets et des allumettes et ce, en tout temps. Les cigarettes sont gardées par le personnel. Les clients désirant fumer ne peuvent le faire qu'aux moments prescrits par l'horaire d'activités. Les cigarettes ne seront données par le personnel qu'une fois à l'extérieur. Fumer n'est pas permis pendant les activités extérieures ou lors de voyages ou excursions sauf au moment prévu à l'horaire.

Il y a deux endroits désignés à l'extérieur pour fumer :

- La porte de sortie extérieure donnant sur les chambres des clients
- La porte de sortie extérieure donnant sur la pièce multifonctionnelle.

Les fumeurs au Centre Walgwan sont encouragés à faire des efforts et à suivre un programme pouvant les aider à cesser de fumer. On te présente un programme pour cesser de fumer en début de programme et on t'offre le support et l'information pouvant t'aider à cesser de fumer.

Seuls les clients ayant un consentement des parents seront autorisés à fumer.

Responsabilités du client

Tous les clients doivent respecter les règlements du Centre s'appliquant aux activités intérieures tout comme aux activités extérieures. Tu dois respecter le matériel du Centre et le bien des autres. Tu es responsable des tâches qui te sont assignées à tous les jours. Tu es responsable de garder ta chambre propre. Chaque matin, avant le déjeuner, tu fais ton lit, ranges tes vêtements, ramasses les serviettes de bain et passes le balai.

Appels téléphoniques

Les employés contrôlent les appels téléphoniques. Les appels à frais virés seront refusés. Les appels faits à partir du Centre sont d'une durée maximale de 15 minutes et s'effectuent entre 18 h 00 et 21 h 00 à moins d'un cas particulier. Tu ne fais qu'un appel par semaine. Les appels provenant de l'extérieur pourront aussi être contrôlés selon le besoin.

Bonne forme physique

Il est important, durant ton séjour au Centre, d'améliorer ta forme physique. Certaines activités sont organisées à l'intérieur et à l'extérieur, telles que le basket-ball, le soccer, le volley-ball, les quilles, la natation, le hockey intérieur, la marche, le jogging, la pêche, le canotage, les excursions et la mise en forme.

Hygiène personnelle

Tu es responsable de ton hygiène personnelle. Chaque jour, tu dois maintenir une bonne hygiène. Avec le nombre de clients au Centre, on doit utiliser un horaire pour le temps alloué aux douches et aux bains. On te demande de respecter cet horaire. Le personnel te rappellera cette responsabilité si tu as de la difficulté à maintenir une bonne hygiène.

Nutrition

Avoir de bonnes habitudes alimentaires peut s'apprendre facilement et ceci est important pour ta santé. Tu auras trois repas équilibrés par jour, avec un service par repas. Il y aura aussi des collations entre les repas, trois collations par jour. Les repas ont été planifiés en consultation avec une nutritionniste afin de nous assurer que tu aies tous les éléments nutritifs nécessaires à une bonne santé.

Règlements de la maison

1. Aucune utilisation de drogues, alcool ou solvants.
2. Respect des autres, des lieux et des biens.
3. Entraide dans les tâches ménagères, scolaires et les objectifs du programme de réadaptation.
4. Avertir le personnel de tes déplacements.
5. Aucun échange, emprunt d'argent et emprunt de vêtements.
6. Respect des horaires pour pause cigarettes, télévision et vidéo.
7. Les chambres à coucher sont privées, la visite d'un ami doit se faire à un autre endroit.
8. S'entraider pour le nettoyage des lieux après chaque activité et à la fin de la journée.
9. Les vêtements pour l'extérieur doivent être ranges dans le garde-robe principal.

10. Les pantoufles doivent être portées en tout temps dans le Centre.
11. Le thé, le café et le chocolat chaud ne sont servis qu'aux repas seulement.
12. Le manger et le boire ne sont autorisés qu'à la table de la salle à manger et la cuisine.
13. La vaisselle et les ustensiles ne peuvent quitter la salle à manger et la cuisine.
14. Pas de bataille, pas de tirailage, pas de disputes.
15. On ne court pas dans le Centre.
16. On frappe avant d'entrer.
17. Pas de chamaillerie, pas de harcèlement.
18. Pas de complotage, pas de commérage.
19. Le réveil du matin est à 7 h 00 et le lever à 7 h 30.

Conséquences des manques aux règlements

1. Perte de l'allocation des tâches ménagères
2. Te coucher plus tôt que l'heure prévue
3. Perte d'une activité ou d'une sortie
4. Perte d'un privilège, par exemple, la pause cigarette, le baladeur ou le magasinage

Tâches ménagères

Les tâches à faire et assignées à chaque client sont affichées. Elles incluent :

- Mettre la table
- Desservir la table
- Laver la vaisselle
- Passer l'aspirateur
- Nettoyer les salles de bain
- Laver les tables
- Laver le plancher
- Laver les fenêtres

Attentes pour les clients

1. Participer à l'accueil.
2. Respecter les horaires du coucher et du lever.
3. Participer aux ateliers et réunions de groupe.
4. Participer aux activités et visites extérieures.
5. Participer au programme scolaire.
6. Participer aux cercles de partage et aux activités culturelles.
7. Tenir un journal personnel.
8. Respecter l'horaire des appels téléphoniques.
9. Respecter votre espace personnel et celui des autres.
10. Être responsable du matériel scolaire reçu en début de programme.
11. Respecter la confidentialité.
12. Être responsable de ton plan d'intervention individuel et l'atteinte de tes objectifs de réadaptation.
13. Demander de l'aide et informer le personnel lorsque tu as besoin de support.

Information additionnelle

- Aucun « gambling »
- Interdiction d'entrer dans les lieux réservés aux employés sans permission
- Accès interdit dans les espaces d'entreposage et les chambres inoccupées
- Le vol et le vandalisme ne sont pas tolérés et des procédures judiciaires ou de remboursement seront appliquées
- Les anciens comportements tels que se vanter de l'utilisation de substances ou d'activités sexuelles, l'agression physique et verbale ne seront pas tolérés

Dépanneur

Une fois par semaine, le mercredi, tu iras au dépanneur. Tu peux utiliser l'argent reçu en allocation pour les tâches ménagères. Les achats du dépanneur ne pourront pas dépasser 3,00 \$ achetant ainsi trois collations de petit format. Si tu achètes des cigarettes, tu pourras acheter pour une valeur maximale de 7,00 \$. Les collations achetées sont consommées la même soirée. Aucune collation ne sera permise dans les chambres à coucher. Certaines collations pourront être déposées dans ta boîte d'effets personnels.

Traditions autochtones et spiritualité

Le but de cet aspect de notre programme est d'instaurer ou de ranimer la fierté et l'héritage en chaque individu. Une prise de conscience, le développement de l'estime de soi positive et le respect de sa propre culture sont valorisés. Toutefois, nous reconnaissons les différences entre chaque individu et respectons ces différences.

Activités traditionnelles

- Purification
- Cercle de partage
- Cérémonie du « sweat »
- Cérémonie du matin
- Cueillette des grands pères pour le « sweat »
- Travaux avec perles
- Fabrication de paniers
- Cueillette de fruits
- Cueillette de foin d'odeur
- Pêche
- Artisanat autochtone

Procédure des visites de la famille et des proches

Une première visite est possible après le premier mois au Centre. L'équipe clinique fait l'évaluation de la demande de visite. Cette dernière est faite par écrit avec deux semaines de préavis.

Entrée principale

L'entrée principale ou porte de sortie pour les clients se situe entre la salle multifonctionnelle et la salle de lavage.

Télévision

L'horaire pour les périodes allouées à la télévision doit être rigoureusement suivi. Le groupe doit se mettre d'accord sur l'émission à écouter. S'il y a désaccord, la décision sera laissée à l'éducateur présent.

Musique – Radio Stéréo

L'un des objectifs du Centre Walgwan est d'encourager le client à renouer contact avec la culture autochtone. Ainsi, l'écoute de la musique culturelle est fortement encouragée afin d'en donner une meilleure connaissance et appréciation. Le personnel suggèrera un répertoire de musique autochtone ou de relaxation le matin au lieu de musique rock/danse. En d'autres occasions, le groupe doit se mettre d'accord sur le genre de musique rock/danse puisque tout le monde écoutera cette musique à partir du même appareil stéréo.

Utilisation de l'ordinateur

L'utilisation de l'ordinateur se fait selon un horaire établi à moins qu'un éducateur spécifie un autre temps comme partie d'une activité dans la salle multifonctionnelle ou dans le salon. Les ordinateurs doivent être partagés afin que chaque client puisse y accéder. Ainsi des temps limites seront décidés pour chaque utilisateur (environ 15 minutes).

Les locaux accessibles

Chambre à coucher

Les chambres sont endroits privés. Avant d'entrer dans la chambre d'un client, il faut frapper et demander la permission d'entrer. Les clients de sexe opposé n'ont pas accès à la chambre. Cet endroit doit être gardé propre en tout temps. Les clients qui partagent une chambre doivent respecter mutuellement leur intimité, leur espace et leurs effets personnels.

Les périodes de repos et de solitude dans la chambre ne sont pas permis en dehors de l'horaire régulier. À moins que le client ne soit malade ou si un éducateur sent qu'une période de repos est nécessaire, il lui est alors permis de rester dans sa chambre.

Salle à manger

Lors des repas, il n'y a aucune musique ni aucune télévision. Les clients qui ont terminé leur repas avant les autres doivent soit rester à table ou attendre dans le salon jusqu'à ce que tout le monde ait terminé. Il n'y aura aucune radio ou télévision tant que le repas n'est pas terminé.

Salon

Il est interdit de se coucher ou de mettre les pieds sur les divans. Cette restriction est faite par respect pour la propriété du Centre et afin de nous assurer que tout le monde puisse s'asseoir.

Cuisine

Les clients n'ont pas accès à la cuisine sans supervision. Il est permis d'y accéder seulement si l'on vous a attribué des tâches qui ont trait à la cuisine.

Bureau des éducateurs

Les bureaux des éducateurs sont des endroits privés. Les clients sont priés de frapper et de demander la permission d'entrer. Ils ne doivent pas entrer tant qu'ils n'ont pas reçu de réponse affirmative.

Buanderie

La salle de lavage ne sera accessible que durant les périodes prévues à l'horaire pour la lessive. Cette dernière serait faite sous la supervision de la cuisinière.

Salle spirituelle

La salle spirituelle n'est utilisée que pour Weliegsipog, les discussions de groupe et les sessions spirituelles.

Salle multifonctionnelle

Cette pièce est utilisée comme salle de classe durant la période scolaire. Elle est aussi utilisée lors d'activités prévues à l'horaire (i.e. pool, exercices ou jeux) ou lors d'autres événements spéciaux.

Important : Les clients n'ont pas accès aux pièces réservées à l'administration du Centre.

Limites du terrain

Il est interdit que sortir des limites du terrain sans être accompagné du groupe et d'un éducateur. Quand le client est à l'extérieur, il doit rester à l'intérieur des limites de la propriété et demeurer toujours dans le champ de vision de l'éducateur. Lors de la promenade, il faut utiliser les sentiers ou les espaces prévus à cet effet. Les clients doivent demeurer en groupe et doivent être accompagnés des éducateurs en tout temps.

Création : Juillet, 2003

Mise à jour :

Approuvé :

Révisé :