



Demande d'admission Walgwan

Documents à envoyer

A) Veuillez remplir les formulaires suivants :

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Demande d'admission | <input type="checkbox"/> | Consentement timbres anti-tabac | <input type="checkbox"/> |
| Consentement aux soins | | Engagement dans les soins | <input type="checkbox"/> |
| Consentement aux activités | | Consentement divulgation information | <input type="checkbox"/> |
| Consentement à l'immunisation | | Consentement surveillance vidéo | <input type="checkbox"/> |
| Procédures pour fugues | | Autres rapports cliniques si disponibles | <input type="checkbox"/> |

B) Veuillez vous assurer que les documents suivants sont inclus et qu'ils portent les signatures requises

| | Inclus | À suivre | Non disponible |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Information scolaire et bulletin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Info sur la consommation de substances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ordre de la cour / Mesures alternatives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formulaires de consentement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rapport médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carte assurance maladie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information familiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (rapports de traitement précédents) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lettre de motivation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Résultats test TB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assurez-vous que l'inventaire minimal de vêtements a été rempli, indiquant que le client sera admis avec tous les vêtements requis.

Si vous avez des informations supplémentaires que vous jugez utiles, ou si vous avez besoin de plus d'espace qu'il n'y en a sur les formulaires, veuillez joindre des pages supplémentaires.

C) Postez ou envoyez par courriel ou par télécopie les informations qui précèdent à l'attention de :

Kayla Gedeon

Centre Walgwan Center

75 School Street

Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y0

Téléphone : 418 759-3006

Télécopie : 418 759-3064

kayla@walgwan.com

Les questions en **Rouge** sur ce formulaire sont obligatoires.

VEUILLEZ NOTER QUE TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE REMPLIES. LES DEMANDES INCOMPLÈTES PEUVENT ÊTRE RETOURNÉES, RETARDANT AINSI LE PROCESSUS D'ADMISSION. Le formulaire doit être rempli par le référent.

N'hésitez surtout pas à ajouter des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Après avoir enregistré le document, veuillez l'envoyer à kayla@walgwan.com

| Information client | | | |
|---|----------|--|-------------------------|
| Date de réception de la demande par le travailleur communautaire | | Date de réception de la demande par le centre de traitement : | |
| Nom : | Prénom : | Surnom : | |
| Date de naissance : | Âge : | Sexe : | Carte assurance maladie |
| Adresse du client | | Code postal | Tél. client |
| Langue parlée : | | Langue préférée : | Langue comprise : |
| Statut Indien : | | Numéro de traité : | Nom de bande : |
| Parents biologiques : | | | |
| Nom du tuteur : | | Adresse du tuteur : | Tél. tuteur |
| Place of Employment: | | Téléphone | |
| Implication services sociaux | | | |
| Nom de l'agence : | | Téléphone: | |
| Nom du travailleur : | | Statut du client: | |
| Participation à la protection de l'enfance : | | | |
| Relations familiales | | | |
| Le client a-t-i des enfants à charge? | | | |
| Si oui, ont-ils accès à des soins adéquats pendant le traitement du client? | | | |
| Les enfant sont-ils placés? | | | |
| Le client a-t-il d'autres personnes à charge? | | | |
| Veuillez fournir l'information sur les enfants ou les autres personnes à charge : | | | |
| Nom | | Âge | Lien |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Avec qui le client vit-il? | | De qui le client se sent-il le plus proche? | |
| Comment le client s'entend-il avec les membres de sa famille? | | | |
| Le client a-t-il des frères et soeurs? | | | |
| Nom | | Âge | État de santé |
| | | | Vit avec... |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Maternel | | | |
| Paternel | | | |
| Le client a-t-il des amis proches? | | Si oui, qui? | |
| A-t-il un petit ou une petite ami(e)? | | Est-il actif sexuellement? | |
| Parle-t-il avec les aînés? | | Est-il prêt à écouter? | |
| Croyances religieuses | | | |
| Autres croyances | | | |
| Soutien familial : | | | |
| Forces de la famille : | | | |

| Éducation | | | |
|--|--|--|------------|
| Votre client va-t-il à l'école? | | Le client aime-t-il l'école? | |
| Dernier degré scolaire atteint? | | | |
| Nom de l'école : | | Dernière année de présence scolaire | |
| Antécédents médicaux | | | |
| Le client a-t-il des problèmes médicaux? | | A-t-il besoin d'un formulaire de consentement médical? | |
| Veuillez préciser: | | | |
| Médecin de famille et no de téléphone | | | |
| Le client est-il sous médication présentement? | | A-t-il des allergies? | |
| Problèmes juridiques | | | |
| Votre client a-t-il déjà eu des problèmes avec la loi? | | | |
| Veuillez expliquer : | | | |
| Implication dans le système judiciaire : | | | |
| L'alcool ou toute autre substance était-il impliqué dans les problèmes juridiques du client? | | | |
| Veuillez expliquer : | | | |
| Le client est-il actuellement sous probation ou sur ordonnance d'un tribunal? | | | |
| Nom agent de probation: | | Tél.: | Télécopie: |
| Ordonnance de probation | | Du : | Au : |
| Conditions : | | | |
| Copie jointe? | | Le client a-t-il été impliqué dans un abus de substances? | |
| Implication dans les gangs : | | | |
| Fonctionnement psychologique | | | |
| Le client a-t-il déjà parler (ou écrit) de se suicider? | | Le client a-t-il déjà fait une tentative de suicide | |
| Combine de fois? | | | |
| Comment a-t-il attenté à ses jours? | | | |
| Le client a-t-il tendance à s'isoler lorsque déprimé ou malheureux? | | Le client est-il triste ou malheureux? | |
| À quelle fréquence est-il triste ou malheureux? | | | |
| Y a-t-il des antécédents d'abus sexuel? | | Y a-t-il des antécédents d'abus physique? | |
| Y a-t-il des antécédent d'abus émotionnel? | | | |
| Veuillez expliquer : (c'est-à-dire à quel âge, cela a-t-il été signalé, quel est le résultat ou la situation actuelle?) | | | |
| | | | |
| Y a-t-il des antécédents de violence familiale dont il aurait été témoin? | | | |
| Veuillez expliquer: | | | |
| Lorsque le client est sobre, communique-t-il avec des esprits ou des entités que personne ne peut voir ou entendre sauf lui? | | | |
| Ext-ce que ces communications sont positives ou négatives pour le client? | | | |
| Veuillez expliquer : | | | |
| Y a-t-il des moments où il est impossible de communiquer avec le client? | | | |
| Veuillez expliquer: | | | |
| Le client a-t-il déjà eu des conseils ou des test psychologiques? | | | |
| Si oui, à quel sujet? | | | |
| | | | |
| Comportements d'auto mutilation: | | | |
| | | | |

| Ressources extérieures | |
|--|--|
| Y a-t-il d'autres agences impliquées avec le client ou sa famille? | |
| Si oui, lesquelles et quels services offrent-elles? (par ex. PNLAADA, CHR, CFS) | |
| Pratiques et activités familiales : (Quelle sorte de famille est-ce?) | |
| Liens et rôles familiaux : (Comment interagissent-ils?) | |
| Statut dans la communauté: (Comment la famille est-elle perçue dans la communauté?) | |
| Quel système de croyances est pratiqué? | |
| Comment le client occupe-t-il ses temps libres? | |
| Quelles sont les autres personnes de soutien impliquées dans la famille? (par exemple, des aînés, la famille élargie, les groupes communautaires, les travailleurs communautaires, CHR, PNLAADA, CWPW) | |
| | |
| Le client est-il conscient des effets des substances ou des solvants? | |
| Est-ce que la famille est consciente des effets des substances ou des solvants? | |
| Est-ce que le travailleur communautaire du client est conscient de ces effets? | |
| Est-ce que la famille croit que le client reconnaît avoir un problème? | |
| Quelles mesures la famille veut-elle prendre pour résoudre le problème? | |
| Quelqu'un dans la famille du client suit-il un traitement en toxicomanie? | |
| Veuillez préciser : | |
| Les parents sont-ils favorables à ce que leur enfant reçoive un traitement? (se référer à la convention d'agent de référence et au formulaire de consentement parental) | |
| Veuillez préciser : | |
| À la fin du programme du client, quel type de système de soutien voyez-vous comme efficace / utile pour aider à maintenir un style de vie sain pour lui-même? | |
| | |
| Les membres de la famille élargie soutiennent-ils la famille qui cherche de l'aide et / ou un traitement pour elle-même ou son enfant? | |
| Veuillez préciser : | |
| La famille serait-elle disposée à venir à notre centre de traitement pour observer le programme en action dans le cadre du processus d'accueil? | |

Antécédents de la consommation chimique

Veillez indiquer toutes les substances utilisées par le client

| Essence | <input type="checkbox"/> | Butane | <input type="checkbox"/> | Produits nettoyants | <input type="checkbox"/> | Diesel | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Vernis ongle | <input type="checkbox"/> | Ciment | <input type="checkbox"/> | Fixatif pour cheveux | <input type="checkbox"/> | Diluant à peinture | <input type="checkbox"/> |
| Propane | <input type="checkbox"/> | Déodorants | <input type="checkbox"/> | Liquide correcteur | <input type="checkbox"/> | Dissolvant vernis ongle | <input type="checkbox"/> |
| Colle | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Désodorisant | <input type="checkbox"/> | Peinture aérosol | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments sous ordonnance | | | <input type="checkbox"/> | Médicaments courants | | | <input type="checkbox"/> |
| Lesquels? | | | | Lesquels? (Tylenol, sirop pour la toux) | | | |
| Alcool | <input type="checkbox"/> | Marijuana, <i>Weed</i> or Hashish | <input type="checkbox"/> | Cocaïne | <input type="checkbox"/> | PCP | <input type="checkbox"/> |
| | | | | LSD | <input type="checkbox"/> | | |
| Autres, spécifiez lesquels : | | | | | | | |
| Indiquez les substances consommées par ordre de préférence : | | | | | | | |
| Substance | Date | | Fréquence | Quantité consommée | | | |
| | Premier | Dernier | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Est-ce que sa consommation a augmenté avec le temps? | | | | | | | |
| À quel âge le client a-t-il consommé le plus? | | | | | | | |
| Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation? | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Quelles sont les raisons invoquées par le client pour consommer?

- Pour avoir des amis Pour faire comme mes amis Pour être accepté
- Parce que personne ne m'aime Personne ne s'occupe de moi Pour le plaisir
- Pour oublier mes problèmes Personne ne me comprend Autre

Le client a-t-il déjà fait l'expérience d'un période d'abstinence? _____

Si oui, indiquez la durée et les dates de cette période

Expliquez les méthodes utilisées pour maintenir l'abstinence à ce moment-là :

Indiquez les problèmes rencontrés par le client à cause de sa consommation de substances :

- Perte d'amis Suspension de l'école Comportement agressif
- Sentiments de regret Arrestation pour un délit Sentiment de honte
- Perte d'appétit Perte de conscience Avoir peur sans raison
- Sentiment de culpabilité Tentative de suicide Oubli de ce qui s'est passé

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Avoir été transporté à l'hôpital | <input type="checkbox"/> | Est tombé malade après quelques jours d'arrêt | <input type="checkbox"/> |
| Avoir eu des hallucinations | <input type="checkbox"/> | Avoir été en situation de danger ou eu un accident | <input type="checkbox"/> |
| Blessé une personne chère | <input type="checkbox"/> | Conflit avec la famille, les proches | <input type="checkbox"/> |
| Commentaires : | | | |

À quel âge le client a-t-il commencé à renifler? _____

À quel âge a-t-il commencé à boire de l'alcool? _____

À quel âge a-t-il commencé à utiliser d'autres drogues? _____

Quelqu'un d'autre dans la famille consomme des substances? _____

Si oui, qui d'autre? _____

| | | | |
|---|-------|--|-------|
| Le client consomme-t-il seul ou avec d'autres? | _____ | Consomme-t-il ou souffle-t-il à la maison généralement? | _____ |
|---|-------|--|-------|

| | | | |
|---|-------|---|-------|
| Consomme-t-il ou souffle-t-il chez un ami? | _____ | Consomme-t-il ou souffle-t-il à l'école? | _____ |
|---|-------|---|-------|

| | | | |
|---|-------|---|-------|
| Consomme-t-il souffle-t-il dans un bâtiment abandonné? | _____ | Consomme-t-il dans un camion une voiture abandonné(e)? | _____ |
|---|-------|---|-------|

| | | | |
|--|-------|---|-------|
| Consomme-t-il ou souffle-t-il à un party? | _____ | Consomme-t-il ou souffle-t-il dehors généralement? | _____ |
|--|-------|---|-------|

Y a-t-il d'autres endroits où il consomme ou souffle? _____

Le client a-t-il perdu des amis suite au reniflement ou au souffle? _____

Le client s'est-il bagarré lorsqu'il consommait? _____

A-t-il déjà causé des blessures graves à quelqu'un? _____

Expliquez : _____

Le client sent-il qu'il est en contrôle de sa consommation de substances? _____

A-t-il déjà envisagé de diminuer ou de cesser? _____

Le client a-t-il déjà été en traitement pour sa consommation de substances/solvants? _____

Si oui, où est-il allé en traitement? _____

Quand a-t-il reçu ce traitement? _____

Combien de temps est-il resté dans le programme? (En termes de mois) _____

A-t-il participé dans un programme pour toxicomanie ou santé mentale
non résidentiel/basé dans la communauté? _____

Si oui, quel type de programme _____

Information médicale

INFORMATION MÉDICALE DU CLIENT

Cette section devrait être remplie par un médecin ou un(e) infirmier(ère)

Identification du médecin (ou infirmier):

Nom de la clinique : _____
Nom du responsable médical : _____ Titre : _____
Code postal : _____ Téléphone : _____

Information du client :

Nom : _____
N° dossier client : _____ N° assurance maladie : _____
Pression : _____ Poids : _____ Grandeur : _____
Les vaccinations requises à jour? Yes No Unknown
Sinon, vaccinations requises? _____

Si approprié, veuillez indiquer :

La date des dernières menstruations : _____

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

Examen physique fait par :

Date de l'examen: _____

| | Normal | Anormal | Spécifier |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <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"/> Musculosquelettique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Réticulo-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"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apparence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Oreille, nez, gorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cheveux, peau, ongles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Autres problèmes 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"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Concentration | <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Vision |
| <input type="checkbox"/> Problèmes auditifs | <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Dermiques | <input type="checkbox"/> Hygiène déficiente |
| <input type="checkbox"/> Poux, lentes | | | |

Date du test TB

_____ Inclure le résultat du test

Veuillez prendre note que si le client est présentement sous médicaments prescrits, il doit arriver au Centre avec la prescription écrite. Nous veillerons alors nous-même à soumettre la prescription à la pharmacie pour lui procurer ses médicaments.

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

Information médicale liée au COVID-19

Êtes-vous préoccupé par une infection potentielle au COVID-19 pour la personne (par exemple, y a-t-il une épidémie dans la communauté, le patient attend-il les résultats du test COVID-19, etc.)?

La personne a-t-elle voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours? _____

La personne a-t-elle été testée positive pour COVID-19 ou a-t-elle été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19 sans porter d'EPI approprié? _____

La personne a-t-elle les symptômes suivants?

- Fièvre _____
- Nouvelle toux _____
- Aggravation de la toux chronique _____
- Essoufflement _____
- Difficulté à respirer _____
- Gorge irritée _____
- Difficulté à avaler _____
- Diminution ou perte de sens du goût ou de l'odorat _____
- Frissons _____
- Maux de tête _____
- Fatigue / malaise / douleurs musculaires inexplicables (myalgies) _____
- Nausées / vomissements, diarrhée, douleurs abdominales _____
- Yeux roses (conjonctivite) _____
- Nez qui coule ou congestion nasale sans autre cause connue _____

Résultats du dépistage COVID-19

Si la réponse à **TOUTES** les questions de sélection est **NON** : Dépistage COVID **néгатif**

Si la réponse à **L'UNE** des questions de sélection est **OUI** : Dépistage COVID **positif**

Santé mentale

Le client présente-t-il des problèmes de santé mentale? Oui Non Ne sais pas
Si oui, veuillez spécifier? Peurs, détresse Dépression Idées suicidaires Tentatives 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 bénéficie-t-il d'un suivi thérapeutique? Oui Non
Si oui, nom du spécialiste : _____
Raison du suivi :

Le rapport du spécialiste est-il inclus? Oui Non
Si le client n'est pas suivi présentement, recommanderiez-vous un suivi basé sur votre évaluation
Oui Non Si oui, pour quelles raisons?

Medication

Le client prend-il des médicaments? Oui Non Ne sais pas Si oui, précisez :

| Medication | Date début/Date fin | Posologie | Raison |
|------------|---------------------|-----------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Restrictions alimentaires :

Le client a-t-il des restrictions alimentaires? Oui Non Ne sais pas Si oui, précisez :

Veillez indiquer toute autre information médicale pertinente :

Date de la rencontre : _____

Signature du spécialiste : _____

Formulaire de consentement aux soins

Je, _____ en ce jour du _____
(Parent /Tuteur légal) (Date du jour)

autorise le directeur général du Centre Walgwan ou son représentant à fournir un traitement de réadaptation pour

(Nom du client) (Date de naissance)

Pour la durée du :

- Programme complet (14 semaines)
 Programme de prévention (4 semaines)

Je comprends que je consens aussi à :

- Une évaluation psychologique ou psychiatrique
- Une évaluation médicale et au traitement
- Donner la permission au Centre de transmettre et de recevoir des renseignements personnels en ce qui concerne les dossiers cliniques à des :
Services sociaux, services psychologiques, la PNLAADA, les travailleurs et le Centre jeunesse, les services psychiatriques, les écoles et à d'autres si nécessaire.

Je comprends qu'aucune information ne sera révélée à d'autres personnes sans mon consentement écrit excepté aux personnes directement impliquées dans le traitement.

Je peux révoquer ou modifier mon consentement à révéler l'information en tout temps.

Signature du client Signature _____

du parent _____

Ou tuteur légal
Signature du référent _____

Date d'entrée en vigueur _____ Date fin consentement _____

(30 jours après traitement)

Contrat d'engagement envers les soins à donner

À la suite de l'admission de _____ , ce (date)
_____ Je, _____

(lien avec le jeune) _____ , m'engage à le ou la soutenir

durant son séjour au Centre Walgwan et aussi de m'informer au sujet de ses progrès dans son programme.

Je garderai un contact téléphonique avec le jeune à la fréquence suivante :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Nous suggérons fortement d'appeler **après 18 heures au numéro 418 759-3075**. Il peut y avoir des autorisations spéciales au sujet des heures d'appel dans le but de s'ajuster à l'horaire des éducateurs.

Signé ce : _____ , à Gesgapegiag (au Centre Walgwan)

Nom du client : _____

Nom de l'intervenant : _____

Nom du parent / tuteur : _____

Nom de la personne significative : _____

Nom de l'employé du Centre: _____

Consentement pour le port de timbres anti-tabac

Politique sur la cigarette

Il est interdit de fumer au Walgwan. Lors de l'admission au Walgwan, le jeune ne peut avoir en sa possession des cigarettes, des briquets ou des allumettes en tout temps. Les fumeurs qui entrent au Walgwan seront fortement encouragés à participer à un programme de cessation de fumer comme partie intégrante de leur programme de traitement. Ainsi, tout jeune âgé de 14 ans ou plus peut obtenir et porter des timbres anti-tabac à la suite du consentement de ses parents ou tuteurs légaux.

Veuillez signer le formulaire de consentement :

En tant que parent ou tuteur légal, je consens à ce que mon jeune obtienne et porte des timbres anti-tabac, gommes et/ou menthes anti-tabac (à participer, peut-être, dans un programme de cessation de tabagisme et thérapie de remplacement)

Parent ou tuteur : _____ Jeune _____

Date _____

Je consens à me conformer à cette règle.

Signature du client _____

Date: _____

Consentement pour divulguer et obtenir des renseignements¹

Je, soussigné(e) _____
Né(e) le : _____
Consens à ce que _____
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Donne les renseignements ou les documents suivants:

À : _____
Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Obtiens les renseignements ou les documents suivants :

De : _____
Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Contenus dans le dossier de :

_____ Prénom

_____ Nom de famille

_____ Adresse (Numéro civique, ville, code postal)

_____ Date de naissance

Pour les raisons suivantes :

(Spécifier les raisons pour la divulgation)

Ce consentement est révoquant en tout temps.

Signé à _____, ce jour _____
(date du jour)

_____ Signature

_____ Signature du témoin et nom en lettres moulées

¹ Note : Ce formulaire doit être signé par :

- un client âgé de 14 ans et plus
- une personne exerçant l'autorité parentale si le client à moins de 14 ans

Consentement à la divulgation et à l'obtention de renseignements scolaires personnels²

Je, soussigné(e) _____
Né(e) le : _____
Consens à ce que Centre Walgwan Center, Lucy J Casey-Campbell (enseignante)
Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Donne les renseignements ou les documents suivants:

À : _____
Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Obtiens les renseignements ou les documents suivants :

- Copie de mon bulletin scolaire
- Tout travail qui devrait être complété si possible, durant mon séjour au Centre Walgwan

De : _____
Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Contenus dans le dossier de :

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

Adresse (Numéro civique, ville, code postal)

Pour les raisons suivantes :

- Afin d'établir un plan individuel de formation durant mon séjour au Centre Walgwan.

(Spécifier les raisons pour la divulgation)

Ce consentement peut être révoqué en tout temps .

Signé à _____, ce jour _____
(date du jour)

Signature

Witness' signature and name in block letters

² Note : Ce formulaire doit être signé par :

- un client âgé de 14 ans et plus
- une personne exerçant l'autorité parentale si le client à moins de 14 ans

Formulaire de consentement aux activités
Approbation par les parents ou le tuteur légal

L'utilisation recommandée de ce formulaire est pour obtenir le consentement et l'approbation des parents ou tuteurs légaux au fait que le Centre Walgwan Center et ses clients, membres du personnels et bénévoles (ex. aînés) participent à un voyage ou à des activités (telles que la chasse, la trappe, la pêche, le canoë, camping, sorties plein air, etc.)

| | | |
|-------------------|------------------------|----------------|
| Prénom | Autre prénom | Nom de famille |
| Date de naissance | Âge lors de l'activité | |
| Adresse | | Ville |
| Province | Code postal | |

A mon consentement pour participer à (nom de l'activité, voyage, excursion, etc.)

Nom de l'activité _____

Du (date) _____ Au (date) _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, ACCORD DE LIBÉRATION ET AUTORISATION

Je comprends que la participation aux activités du Walgwan puisse impliquer des risques de blessures. Je comprends aussi que la participation à ces activités est volontaire et requiert des participants qu'ils suivent les directives et se conforment à toutes les règles et codes de conduite.

En cas d'urgence impliquant mon enfant, je comprends que le Walgwan s'efforcera de communiquer avec moi par tous les moyens possibles. Dans l'éventualité où l'on ne pourrait me joindre, je donne par le présent formulaire la permission au prestataire de soins de donner le traitement approprié, incluant l'hospitalisation, l'anesthésie, la chirurgie ou des injections à mon enfant.

En appréciant les risques associés aux programmes et aux activités, y compris les préparatifs et le transport de et vers l'activité, en mon propre nom et / ou au nom de mon enfant, je renonce entièrement et complètement à toute réclamation contre le Centre Walgwan Centre, ses administrateurs, superviseurs et employés ou bénévoles, associés à un programme ou à une activité pour blessure corporelle, décès ou perte pouvant survenir.

NOTE : Le Centre Walgwan Center ne peut pas continuellement surveiller la conformité de ses clients ou les limites qui leur sont imposées par les parents ou les fournisseurs de soins médicaux. Veuillez énumérer toutes les restrictions imposées à votre enfant et conseiller à votre enfant de se conformer à ces restrictions.

De plus, lors d'activités à l'extérieur ou lors d'événements dans la communauté, il se peut que des tiers prennent des photos et des vidéos. Comme nous ne pouvons contrôler ce que ces tiers feront de ces photos et vidéos, le Centre ne peut être tenu responsable des brèches à la confidentialité de nos clients par des tierces personnes.

Inscrivez la liste des restrictions, s'il y a lieu :

Aucune

Signature du participant

Date

Nom du parent ou du tuteur en caractères d'imprimerie

Signature du parent ou du tuteur

Date

Numéro de téléphone (Contact d'urgence ou meilleur contact)

Courriel (pour décrire les activités ou le voyage plus en détails)

Contact pour le responsable de l'activité s'il y a des questions

Nom

Téléphone

Courriel

Consentement pour la vaccination

Je, _____ par la présente, consent au vaccin contre la grippe pour
(Parent/Guardian's Name)

(Nom du jeune)

durant son traitement au Centre Walgwan Center conformément aux normes de santé et de sécurité.

Je comprends que seul un professionnel de la santé administrera le vaccin.

(Signature du parent/tuteur)

Date: _____

Consentement pour la surveillance vidéo

Le Centre Walgwan Center utilise la « surveillance vidéo » pour améliorer la sûreté et la sécurité des clients et de ses installations. La confidentialité est maintenue, mais la vidéo peut être partagée pour les enquêtes criminelles.

Je, _____ (Parent/Tuteur) comprends que la surveillance vidéo au Centre Walgwan Center est utilisée pour la sûreté et la sécurité de mon enfant et j'y consens.

Signature

Date

Note : La vidéo surveillance ne se fait que dans les endroits communs, aucune vidéo surveillance dans les chambres et les salles de bain.

Formulaire pour absence sans permission (fugue)

Nom du client: _____ Surnom : _____

Date de naissance : _____ Tatouage/cicatrice _____

Y a-t-il des ordonnances judiciaires en vigueur actuellement? Yes No

Si oui, quel est le statut et qui est la personne à contacter?

| Description physique | |
|----------------------|-------|
| Couleur cheveux: | _____ |
| Couleur yeux : | _____ |
| Grandeur : | _____ |
| Poids : | _____ |

Apposer une photographie du client

Procédure de notification :

Le référent doit être prévenu

- Immédiatement
- Après 4 heures
- Après 8 heures

Parents ou tuteur doit être prévenu

- Immédiatement
- Après 4 heures
- Après 8 heures

Dans le cas où les parents/tuteur ne sont pas disponibles, les personnes suivantes peuvent être prévenues :

Nom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

N° tél. _____ No tél. _____

Relation

Relation

**** Je comprends que le Centre Walgwan Center fera tout en son pouvoir pour assurer la sécurité de mon enfant en tout temps. Dans le cas d'une fugue, je comprends que le personnel du centre de traitement laissera suffisamment de temps à mon enfant pour retourner au Centre. Toute absence non planifiée d'une durée supérieure à quatre heures sera considérée comme une « fugue » et sera suivie d'un rapport officiel à l'agent de référence.**

Signature du référent _____

Signature Parent/tuteur _____