# Demande d'admission Walgwan

## Documents à envoyer

**A) Veuillez remplir les formulaires suivants :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Demande d'admission | ☐ | Consentement timbres anti-tabac | ☐ |
| Consentement aux soins | ☐ | Engagement dans les soins | ☐ |
| Consentement aux activités | ☐ | Consentement divulgation information | ☐ |
| Consentement à l'immunisation | ☐ | Consentement surveillance vidéo | ☐ |
| Procédures pour fugues | ☐ | Autres rapports cliniques si disponibles | ☐ |

**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 | ○ | ◉ | ○ |
| Info sur la consommation de substances | ○ | ○ | ○ |
| Ordre de la cour / Mesures alternatives | ○ | ○ | ○ |
| Formulaires de consentement | ○ | ○ | ○ |
| Rapport médical | ○ | ○ | ○ |
| Carte assurance maladie | ○ | ○ | ○ |
| Information familiale | ○ | ○ | ○ |
| Autres (rapports de traitement précédents) | ○ | ○ | ○ |
| Letre de motivation | ○ | ○ | ○ |
| Résultats test TB | ○ | ○ | ○ |

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 précédent à l'attention de :**

Kayla Gedeon
Centre Walgwan Center
75 School Street
Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y0
Téléphone : 418 759-3006
Télécopie : 418 759-3064
admission@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 admission@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 : Choisir | 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: | Choisir |
| **Participation à la protection de l'enfance :** | Choisir | | |

| **Relations familiales** | |
|---|---|
| Le client a-t-i des enfants à charge? | Choisir |
| Si oui, ont-ils accès à des soins adéquats pendant le traitement du client? | Choisir |
| Les enfant sont-ils placés? | Choisir |
| Le client a-t-il d'autres personnes à charge? | Choisir |

Veuillez fournir l'information sur les enfants ou les autres personnes à charge :

| Nom | Âge | Lien |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Avec qui le client vit-il? | Choisir | 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? | Choisir | Si oui, qui? | |
| A-t-il un petit ou une petite ami(e)? | Choisir | Est-il actif sexuellement? | Choisir |
| Parle-t-il avec les aînés? | Choisir | Est-il prêt à écouter? | Choisir |
| Croyances religieuses | Choisir | | |

Autres croyances

Soutien familial :

Forces de la famille :

| Éducation | | | |
|---|---|---|---|
| **Votre client va-t-il à l'école?** | Choisr | Le client aime-t-il l'école? | Choisir |
| Dernier degré scolaire atteint? | | | |
| Nom de l'école : | | Dernière année de présence scolaire | |

| Antécédents médicaux | | | |
|---|---|---|---|
| Le client a-t-il des problèmes médicaux? | Choisr | A-t-il besoin d'un formulaire de consentement médical? | Choisir |
| Veuillez préciser: | | | |
| Médecin de famille et no de téléphone | | | |
| Le client est-il sous médication présentement: | Choisir | A-t-il des allergies? | Choisir |

| Problèmes juridiques | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Votre client a-t-il déjà eu des problèmes avec la loi?** | | | | | Choisir |
| Veuillez expliquer : | | | | | |
| **Implication dans le système judiciaire :** | Choisir | | | | |
| L'alcool ou toute autre substance était-il impliqué dans les problèmes juridiques du client? | | | | | Select answer |
| Veuillez expliquer : | | | | | |
| Le client est-il actuellement sous probation ou sur ordonnance d'un tribunal? | | | | | Choisir |
| Nom agent de probation: | | Tél.: | | Télécopie: | |
| Ordonnance de probation | Du : | | Au : | | |
| Conditions : | | | | | |
| Copie jointe? | Choisir | Le client a-t-il été impliqué dans un abus de substances? | | | Choisir |
| **Implication dans les gangs :** | Choisir | | | | |

| Fonctionnement psychologique | | | |
|---|---|---|---|
| **Le client a-t-il déjà parler (ou écrit) de se suicider?** | Choisir | **Le client a-t-il déjà fait une tentative de suicide** | Choisir |
| Combine de fois? | Choisir | | |
| Comment a-t-il attenté à ses jours? | | | |
| Le client a-t-il tendance à s'isoler lorsque déprimé ou malheureux? | Choisir | Le client est-il triste ou malheureux? | Choisir |
| À quelle fréquence est-il triste ou malheureux? | Choisir | | |
| **Y a-t-il des antécédents d'abus sexuel?** | Choisir | **Y a-t-il des antécédents d'abus physique?** | Choisir |
| Y a-t-il des antécédent d'abus émotionnel? | Choisir | | |
| Veuilles 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?** | Choisir | | |
| 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? | Choisir | | |
| Ext-ce que ces communications sont positives ou négatives pour le client? | Choisr | | |
| Veuillez expliquer : | | | |
| Y a-t-il des moments où il est impossible de communiquer avec le client? | Choisir | | |
| Veuillez expliquer: | | | |
| Le client a-t-il déjà eu des conseils ou des test psychologiques? | Choisir | | |
| Si oui, à quel sujet? | | | |
| | | | |
| **Comportements d'auto mutilation:** | Choisir | | |

| Ressources extérieures | |
|---|---|
| Y a-t-il d'autres agences impliquées avec le client ou sa famille? | Choisir |
| 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 percue 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? | Choisr |
| Est-ce que la famille est consciente des effets des substances ou des solvants? | Choisir |
| Est-ce que le travailleur communautaire du client est conscient de ces effets? | Choisir |
| Est-ce que la famille croit que le client reconnaît avoir un problème? | Choisir |
| Quelles mesures la famille veut-elle prendre pour résoudre le problème? | |
| **Quelqu'un dans la famille du client suit-il un traitement en toxicomanie?** | Choisr |
| 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) | Choisir |
| 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? | Choisr |
| 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? | Choisir |

Veuillez énumérer 3 des mets préférés du client :

## Antécédents de la consommation chimique

Veuillez indiquer toutes les substances utilisées par le client

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Essence | ☐ | Butane | ☐ | Produits nettoyants | ☐ | Diesel | ☐ |
| Vernis ongle | ☐ | Ciment | ☐ | Fixatif pour cheveux | ☐ | Diluant à peinture | ☐ |
| Propane | ☐ | Déodorants | ☐ | Liquide correcteur | ☐ | Dissolvant vernis ongle | ☐ |
| Colle | ☐ | | ☐ | Désodorisant | ☐ | Peinture aérosol | ☐ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médicaments sous ordonnace | ☐ | Médicaments courants | ☐ |
| Lesquels? | | Lesquels? (Tylenol, sirop pour la toux) | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcool | ☐ | Marijuana, *Weed* or Hashish | ☐ | Cocaïne | ☐ | PCP | ☐ | LSD | ☐ |

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? Choisir

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 ☐ Est tombé malade après quelques jours d'arrêt ☐
Avoir eu des hallucinations ☐ Avoir été en situation de danger ou eu un accident ☐
Blesser une personne chère ☐ Conflit avec la famille, les proches ☐
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? Choisir
Si oui, qui d'autre?

Le client consomme-t-il seul ou avec d'autres? Choisir
Consomme-t-il ou souffle-t-il à la maison généralement? Choisir
Consomme-t-il ou souffle-t-il chez un ami? Choisir
Consomme-t-il ou souffle-t-il à l'école? Choisir
Consomme-t-il souffle-t-il dans un bâtiment abandonné? Choisir
Consomme-t-il dans un camion une voiture abandonné(e)? Choisir
Consomme-t-il ou souffle-t-il à un party? Choisir
Consomme-t-il ou souffle-t-il dehors généralement? Choisir

Y a-t-il d'autres endroits ou il consomme ou souffle?
Le client a-t-il perdu des amis suite au reniflement ou au souffle? Choisir
Le client s'est-il bagarré lorsqu'il consommait? Choisr
A-t-il déjà causé des blessures graves à quelqu'un? Choisir
Expliquez :
Le client sent-il qu'il est en contrôle de sa consommation de substances? Choisir
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?** Choisir

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? Choisir
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 : _____

Nº dossier client : _____ Nº 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** |
|---|---|---|---|
| ☐ Gastro-intestinal | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Uro-génital | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Respiratoire | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Cardio-vasculaire | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Musculosquelettique | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Réticulo-endothélial | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Sang, lymphatique | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Abdomen | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Thyroïde | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Apparence | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Oreille, nez, gorge | ☐ | ☐ | _____ |
| ☐ Cheveux, peau, ongles | ☐ | ☐ | _____ |

**Autres problèmes santé**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Alimentation | ☐ Sommeil | ☐ Énurésie | ☐ Apprentissage |
| ☐ Asthme | ☐ Diabète | ☐ Épilepsie | ☐ Coordination |
| ☐ Allergies | ☐ MTS | ☐ Hyperactivité | ☐ Déficience intellectuelle |
| ☐ Agitation | ☐ Concentration | ☐ Hallucinations | ☐ Vision |
| ☐ Problèmes auditifs | ☐ Mémoire | ☐ Dermiques | ☐ Hygiène déficiente |
| ☐ 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.)?
Choisissez la réponse

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

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? Choisissez la réponse

La personne a-t-elle les symptômes suivants?

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

**Résultats du dépistage COVID-19**

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

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

Quel est le résultat?

Le client est-il vacciné? Choisir

Si oui, date de la première dose :

Date de la deuxième dose :

## Santé mentale

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

Si oui, veuillez specifier? ☐ Peurs, détresse ☐ Dépression ☐ Idées suicidaires ☐ Tentatives suicide ☐ Paranoia ☐ Autres :

Veuillez 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 :

---

**Veuillez 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 révéle à d'autres personnes sans mon consentement écrit excepté aux personnes directement impliquées dans le traitement.

**Je peux révoquer ou modifier** non 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)

Engagement dans les soins

Walgwan est un établissement de 12 lits pour les jeunes de 12 à 17 ans qui cherchent à offrir un traitement culturel et thérapeutique aux jeunes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, exprimant un besoin de soutien. En tant que client, référent, parent, tuteur ou autre personne importante, vous jouez un rôle essentiel tout au long du programme de 14 semaines ou du programme de prévention de 6 semaines.

Ce formulaire est une déclaration de ce à quoi vous vous engagez :

**Jeune/client :**

1. Quels sont tes objectifs pour suivre un traitement?

2. Es-tu prêt à réviser ces objectifs à mi-chemin?
   ☐ oui ☐ non

**Référent :**

1. Appelerez-vous régulièrement pour vérifier les progrès de votre client et fournir un soutien?
   ☐ oui ☐ non
2. Êtes-vous disponible pour des mises à jour aux deux semaines des conseillers principaux?
   ☐ oui ☐ non
3. Êtes-vous prêt à jouer un rôle actif dans le plan de traitement du client?
   ☐ oui ☐ non
4. Êtes-vous disponible et disposé à fournir des services de suivi après la fin du traitement?
   ☐ oui ☐ non

**Famille ou personne d'importance :**

1. Appellerez-vous régulièrement pour vérifier les progrès de votre enfant et lui fournir du soutien?
   ☐ oui ☐ non
2. Êtes-vous disponible pour des mises à jour aux deux semaines des conseillers principaux?
   ☐ oui ☐ non
3. Êtes-vous prêt à jouer un rôle actif dans le plan de traitement de votre enfant?
   ☐ oui ☐ non
4. Êtes-vous prêt à travailler avec Walgwan en suivant les recommandations et les références après le traitement?
   ☐ oui ☐ non

5. Pouvez-vous être présent pour les visites familiales à mi-parcours et à la fin du programme (consiste à participer à des cercles familiaux)?

☐ oui ☐ non

En tant que personnes importantes impliquées, nous nous engageons à respecter les réponses fournies dans la page ci-dessus dans l'engagement de soins.

- En tant que **jeune / client**, je m'engage dans un programme de 14 semaines ou de 6 semaines de prévention et dans mes objectifs de traitement.

Signature: _____ Date: _____

- En tant que **référent**, je m'engage à jouer un rôle actif dans le pré-traitement (processus d'admission), pendant le traitement et par la suite.

Signature: _____ Date: _____

- En tant que **famille ou personne importante**, nous nous engageons ou je m'engage à jouer un rôle actif dans le prétraitement (admission et accueil), pendant le traitement et par la suite dans le soutien de mon enfant, en suivant les recommandations et en étant présent pour les visites et les cercles familiaux .

Signature: _____ Date: _____

## 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 renseignements[1]

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)

☐ **Obtienne 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 :

_____ _____

Nom de famille Prénom

_____ _____

Date de naissance Adresse (Numéro civique, ville, code postal)

Pour les raisons suivantes :

(Spécifier les raisons pour la divulgation)

Ce consentement est révocable 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 personnels[2]

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)

☐ **Obtienne 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.

(Specifier 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 parrent 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 cromprends que seul un professionnel de la santé administrera le vaccin.

_____ Date: _____
(Signature du parent/tuteur)

## 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
- ☐ Immediatement
- ☐ 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 : _____
_____ _____
Nº 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 _____