



## Demande d'admission Walgwan

### Documents à envoyer

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

Demande d'admission	Engagement dans les soins	<input type="checkbox"/>
Consentement aux soins	Consentement divulgation information	<input type="checkbox"/>
	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"/>

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) Veuillez cliquer sur le bouton soumettre. Notez que le formulaire comporte des champs obligatoires. Vous ne pourrez pas soumettre tant que ces champs ne seront pas remplis.**

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

Centre Walgwan Center  
75 School Street  
Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y0  
Téléphone : 418 759-3006  
Télécopie : 418 759-3064  
info@walgwan.com

Votre  
logo

ATTENTION : TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES.

LES DEMANDES INCOMPLÈTES PEUVENT ÊTRE RENVOYÉES, CE QUI RETARDE LA PROCÉDURE.

Le formulaire doit être rempli par l'agent référent.

Les questions **en rouge** nécessitent une réponse. Si une information est sans objet, indiquez SO, inconnu INC et non disponible ND. Joignez une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace.

## DEMANDE D'ADMISSION/DE RÉFÉRENCE YSAC

Information client			
Date de réception de la demande par l'agent communautaire :		Date de réception de la demande par le Centre de traitement :	
Nom :		Prénom :	Surnom ou autre nom connu :
Date de naissance :	Âge :	Sexe :	Carte assurance maladie :
Adresse du jeune :	Genre :	N° Téléphone du client :	
Langue parlée :	Langue préférée :		Langue comprise :
Statut de la nation :	Numéro du traité (Numéro de bande :		Nom de bande :
Parents biologiques :			
Nom du gardien :	Tél. du gardien :	Adresse du gardien :	
Lieu d'emploi :	Téléphone :		
Lieu de vie :			
Implication des services sociaux			
Nom de l'agence :		Téléphone :	
Nom du travailleur social :	Statut du jeune		
Participation services de protection de l'enfance :			

<b>Famille/Relations</b>			
<b>Le jeune a-t-il des enfants?</b>			
Si oui, ont-ils accès à des services de garde d'enfants adéquats pendant le traitement?			
Les enfants sont-ils pris en charge?			
Le jeune a-t-il d'autres personnes à charge?			
Fournir des informations sur les enfants ou autres personnes à charge du jeune :			
<b>Nom</b>	<b>Âge</b>	<b>Relation</b>	
<b>Avec qui le jeune vit-il?</b>			
De qui le jeune se sent-il le plus proche?			
Comment le jeune s'entend-il avec les membres de sa famille?			
Le jeune a-t-il des frères et sœurs?			
<b>Nom</b>	<b>Âge</b>	<b>État de santé</b>	<b>Vit avec</b>
Maternel			
Paternel			
Le jeune a-t-il des amis proches		Si oui, qui?	
A-t-il ou a-t-elle une petite amie ou petit ami?		Est-il/elle sexuellement actif(ve)?	
Parle-t-il/elle aux aînés?		Est-il/elle prêt(e) à écouter?	
<b>Croyances religieuses</b>		Autre :	
Soutien familial :			
Forces de la famille :			

<b>Éducation</b>			
<b>Le jeune fréquente-t-il l'école?</b>		Le jeune aime-t-il l'école?	
Année d'études la plus élevée?			
Nom de l'école :		Dernière année de fréquentation scolaire	
<b>Antécédents médicaux</b>			
<b>Le jeune a-t-il des problèmes médicaux?</b>		A-t-il besoin d'un formulaire de consentement médical?	
Veuillez spécifier :			
Nom du médecin de famille :		N° de téléphone du médecin de famille :	
Le jeune prend-il des médicaments en ce moment?		<b>A-t-il/elle des allergies?</b>	
<b>Problèmes juridiques</b>			
<b>Le jeune a-t-il déjà eu des démêlés avec la justice?</b>			
Veuillez expliquer :			
<b>Implication système judiciaire :</b>		<b>Implication dans les gangs :</b>	
L'alcool ou d'autres substances, telles que le « sniff » ou la drogue, ont-ils été impliqués dans les problèmes juridiques du jeune?			
Veuillez expliquer :			
Le jeune est-il actuellement en probation ou sous le coup d'une décision de justice?			
Nom de l'agent de probation :		Téléphone :	Télécopieur :
Ordonnance de probation :	<b>Du :</b>	<b>Au :</b>	
Conditions :			
Copie jointe?		Le jeune a-t-il été impliqué dans des affaires de solvants ou d'abus de substances?	
<b>Historique de l'utilisation de produits chimiques</b>			
<b>À quel âge le jeune a-t-il commencé à "sniffer"?</b>		<b>À quel âge le jeune a-t-il commencé à consommer de l'alcool?</b>	
<b>A quel âge le jeune a-t-il commencé à consommer d'autres substances?</b>		<b>Est-ce que quelqu'un d'autre dans sa famille utilise des solvants/substances?</b>	
Si oui, qui d'autre?			
Utilise-t-il/elle des solvants/substances avec d'autres personnes ou seul(e)?		Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou inhaler chez lui?	

Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou inhaler dans la maison d'un ami ?		Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou inhaler à l'école?	
Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou d'inhaler dans un bâtiment abandonné?		Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou d'inhaler dans une voiture ou un camion abandonné?	
Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou d'inhaler lors d'une fête?		Le jeune a-t-il l'habitude de "sniffer" ou d'inhaler à l'extérieur?	
Y a-t-il un autre endroit où le jeune a l'habitude de "sniffer" ou d'inhaler?			
Le jeune a-t-il déjà perdu des amis parce qu'il "sniffait" ou inhalait ?		Le jeune s'est-il déjà bagarré physiquement lorsqu'il consommait de l'alcool?	
<b>Le jeune a-t-il déjà causé des blessures graves à d'autres personnes?</b>			
Veuillez expliquer :			
<b>Le jeune a-t-il des problèmes médicaux, physiques, psychologiques ou émotionnels dus à l'utilisation de solvants/substances?</b>			
Veuillez expliquer :			
A-t-il le sentiment de maîtriser son utilisation de solvants/substances ?			
A-t-il déjà envisagé de réduire ou d'arrêter sa consommation?			
<b>Le jeune a-t-il déjà été traité pour son utilisation de solvants/substances?</b>			
Où a-t-il été traité précédemment?		Quand a-t-il été traité précédemment?	
Combien de temps le jeune est-il resté dans le programme ? (En mois)			
Le jeune a-t-il participé à un programme non résidentiel/communautaire de lutte contre la toxicomanie et/ou de santé mentale?			
Si oui, quel(s) type(s) de programme(s) :			
<b>Fonctionnement psychologique</b>			
<b>Le jeune a-t-il déjà parlé ou écrit à propos de son suicide?</b>		<b>Le jeune a-t-il déjà tenté de se suicider?</b>	
Combien de fois?			
Comment a-t-il/elle tenté de se suicider?			
Le jeune est-il souvent parti seul lorsqu'il est déprimé ou malheureux?		Le jeune est-il triste ou malheureux?	
À quelle fréquence le jeune est-il triste/malheureux?		<b>Y a-t-il des antécédents connus d'abus sexuels?</b>	
<b>Y a-t-il des antécédents connus d'abus physiques?</b>		<b>Existe-t-il des antécédents connus de violence psychologique?</b>	
Veuillez expliquer : (c'est-à-dire à quel âge, ont-ils été signalés et quel est le résultat ou le statut actuel)			
<b>Y a-t-il des antécédents de violence familiale dont cet enfant aurait pu être témoin?</b>			
Veuillez expliquer :			

Lorsque le jeune est sobre, a-t-il communiqué avec des esprits que personne d'autre ne peut voir ou entendre?	
Ces communications sont-elles des expériences positives ou négatives pour le jeune?	
Veuillez expliquer :	
Y a-t-il des moments où les personnes ne sont pas en mesure de communiquer avec le jeune?	
Veuillez expliquer :	
Le jeune a-t-il déjà passé des tests psychologiques ou bénéficié de counseling?	
Si oui, dans quel but?	
<b>Comportement(s) d'automutilation :</b>	
<b>Ressources externes</b>	
<b>Y a-t-il d'autres organismes impliqués dans la vie du jeune et de sa famille?</b>	
Si oui, lesquels et quels services fournissent-ils? (Par exemple, PNLAADA, CHR, CFS)	
Activités/pratiques familiales : (Comment décririez-vous la famille?)	
Rôles et relations au sein de la famille : (Comment interagissent-ils les uns avec les autres?)	
Statut dans la communauté : (Comment la famille est-elle perçue dans la communauté?)	
Quel type de système de croyance est pratiqué ?	
Comment le jeune occupe-t-il son temps libre ?	
Quelles sont les autres personnes qui apportent leur soutien à la famille? (Exemple : aînés, famille élargie, groupes communautaires, travailleurs communautaires, RSC, PNLAADA, CWPW)	
Le jeune est-il conscient des effets des solvants/substances?	
La famille du jeune est-elle consciente des effets des solvants/substances?	
Le travailleur communautaire du jeune est-il conscient des effets des solvants/substances?	
La famille pense-t-elle que le jeune reconnaît qu'il a un problème?	
Quelles mesures la famille souhaite-t-elle prendre pour résoudre le problème?	
<b>Un membre de sa famille ou de sa communauté a-t-il suivi un traitement pour abus de solvants ou de substances?</b>	

Veuillez expliquer :	
Les parents sont-ils favorables à ce que leur enfant reçoive un traitement? (Voir l'accord de l'agent d'orientation et le formulaire de consentement parental)	
Veuillez expliquer :	
Une fois que l'enfant aura terminé le programme, quel type de système de soutien vous paraît efficace/utile pour les aider à maintenir un mode de vie sain pour eux-mêmes/leur enfant?	
Les membres de la famille élargie soutiennent-ils la famille qui cherche de l'aide et/ou un traitement pour elle-même ou pour l'enfant ?	
Veuillez expliquer :	
La famille serait-elle disposée à venir dans notre centre de traitement pour observer le programme en action dans le cadre de la procédure d'admission?	

**Indiquez trois mets préférés du client :**

## Détails sur la consommation de substances

Veuillez indiquer toutes les substances utilisées par le jeune

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 :									
<b>Indiquez les substances consommées par ordre de préférence :</b>									
Substance	Date			Fréquence	Quantité consommée				
	Premier	Dernier							
Est-ce que sa consommation a augmenté avec le temps?									
<b>À quel âge le jeune a-t-il consommé le plus?</b>									
<b>Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation?</b>									

Quelles sont les raisons invoquées par le jeune 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"/> | Personne ne s'occupe de moi | <input type="checkbox"/> | Pour le plaisir   | <input type="checkbox"/> |
| Pour oublier mes problèmes   | <input type="checkbox"/> | Personne ne me comprend     | <input type="checkbox"/> | Autre             | <input type="checkbox"/> |

Le jeune 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 jeune à cause de sa consommation de substances :**

- |                          |                          |                           |                          |                             |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Perte d'amis             | <input type="checkbox"/> | Suspension de l'école     | <input type="checkbox"/> | Comportement agressif       | <input type="checkbox"/> |
| Sentiments de regret     | <input type="checkbox"/> | Arrestation pour un délit | <input type="checkbox"/> | Sentiment de honte          | <input type="checkbox"/> |
| Perte d'appétit          | <input type="checkbox"/> | Perte de conscience       | <input type="checkbox"/> | Avoir peur sans raison      | <input type="checkbox"/> |
| Sentiment de culpabilité | <input type="checkbox"/> | Tentative de suicide      | <input type="checkbox"/> | Oubli de ce qui s'est passé | <input type="checkbox"/> |

Avoir été transporté à l'hôpital  
Avoir eu des hallucinations  
Blessé une personne chère  
Commentaires :

- Est tombé malade après quelques jours d'arrêt
- Avoir été en situation de danger ou eu un accident
- Conflit avec la famille, les proches

- 
- 
-

## 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 :

## Santé mentale

**Le jeune 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 :

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 jeune 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 jeune n'est pas suivi présentement**, recommanderiez-vous un suivi basé sur votre évaluation

Oui  Non  Si oui, pour quelles raisons? \_\_\_\_\_

### Medication

Le jeune 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 (10 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 jeune \_\_\_\_\_

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. Appellerez-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 **réfèrent**, 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 divulguer et obtenir des renseignements<sup>1</sup>

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 :

\_\_\_\_\_

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 révoquant en tout temps.

Signé à \_\_\_\_\_, ce jour \_\_\_\_\_  
(date du jour)

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du témoin et nom en lettres moulées

<sup>1</sup> Note : Ce formulaire doit être signé par :

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