



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)	☐	☐	☐
Lettre de motivation	☐	☐	☐
Résultats test TB	☐	☐	☐

S'il s'agit d'une admission en résidence, 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) 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 :			

Famille/Relations			
Le jeune a-t-il des enfants?			
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 :			
Nom	Âge	Relation	
Avec qui le jeune vit-il?			
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?			
Nom	Âge	État de santé	Vit avec
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?	
Croyances religieuses		Autre :	
Soutien familial :			
Forces de la famille :			

Éducation			
Le jeune fréquente-t-il l'école?		Le jeune aime-t-il l'école?	
Année d'études la plus élevée?			
Nom de l'école :		Dernière année de fréquentation scolaire	
Antécédents médicaux			
Le jeune a-t-il des problèmes médicaux?		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?		A-t-il/elle des allergies?	
Problèmes juridiques			
Le jeune a-t-il déjà eu des démêlés avec la justice?			
Veuillez expliquer :			
Implication système judiciaire :		Implication dans les gangs :	
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 :	Du :	Au :	
Conditions :			
Copie jointe?		Le jeune a-t-il été impliqué dans des affaires de solvants ou d'abus de substances?	
Historique de l'utilisation de produits chimiques			
À quel âge le jeune a-t-il commencé à "sniffer"?		À quel âge le jeune a-t-il commencé à consommer de l'alcool?	
A quel âge le jeune a-t-il commencé à consommer d'autres substances?		Est-ce que quelqu'un d'autre dans sa famille utilise des solvants/substances?	
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?	
Le jeune a-t-il déjà causé des blessures graves à d'autres personnes?			
Veuillez expliquer :			
Le jeune a-t-il des problèmes médicaux, physiques, psychologiques ou émotionnels dus à l'utilisation de solvants/substances?			
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?			
Le jeune a-t-il déjà été traité pour son utilisation de solvants/substances?			
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) :			
Fonctionnement psychologique			
Le jeune a-t-il déjà parlé ou écrit à propos de son suicide?		Le jeune a-t-il déjà tenté de se suicider?	
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?		Y a-t-il des antécédents connus d'abus sexuels?	
Y a-t-il des antécédents connus d'abus physiques?		Existe-t-il des antécédents connus de violence psychologique?	
Veuillez expliquer : (c'est-à-dire à quel âge, ont-ils été signalés et quel est le résultat ou le statut actuel)			
Y a-t-il des antécédents de violence familiale dont cet enfant aurait pu être témoin?			
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?	
Comportement(s) d'automutilation :	
Ressources externes	
Y a-t-il d'autres organismes impliqués dans la vie du jeune et de sa famille?	
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?	
Un membre de sa famille ou de sa communauté a-t-il suivi un traitement pour abus de solvants ou de substances?	

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	☐	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 ordonnance			☐	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 jeune a-t-il consommé le plus?							
Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation?							

Quelles sont les raisons invoquées par le jeune 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 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 | ☐ | 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
Avoir eu des hallucinations
Blesser 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
☐ 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 :

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 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 :

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

Signature et nom du témoin en lettres moulées

² 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

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 jeunes 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 jeunes 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 jeune: _____ 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	Apposer une photographie du client
Couleur cheveux:	
Couleur yeux :	
Grandeur :	
Poids :	

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 _____