

<input type="checkbox"/> 400, avenue McKeown North Bay ON P1B 0B2 1-866-626-9100 705-476-5437 Téloc: 705-474-0127	<input type="checkbox"/> 100, promenade Frank Miller Unité 2, C.P. 7 Huntsville ON P1H 1H7 1-866-232-5559 705-789-9985 Téloc: 705-789-1115	<input type="checkbox"/> 70, rue Joseph Unité 304, Parry Sound Mall Parry Sound ON P2A 2G5 705-746-6287 Téloc: 705-746-5324
--	---	---

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE SERVICES - CENTRE DE TRAITEMENT POUR ENFANTS

NOTE : Le personnel de La place des enfants aura accès à ces renseignements au besoin

Date de demande : Jour Mois Année Signature du parent : _____.

Consentement verbal donné par le tuteur légal

Personne effectuant cette demande: _____ Lien avec l'enfant : _____.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom du client (nom de famille, prénom, initiale) :		Date de naissance (jour, mois, année) :	Sexe : M F
Adresse :			
Code postal :		Téléphone à la maison :	
Numéro et type de carte Santé (<i>facultatif</i>) :		Médecin de famille :	Téléphone :
Pédiatre :	Téléphone :	École :	Année scolaire :
Langue(s) parlée(s) par l'enfant :		Langue de prestation des services :	

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Nom de la mère :	Adresse (<input type="checkbox"/> même que ci-dessus) :	Téléphone (maison) : (travail) :	
		Cellulaire:	
Nom du père :	Adresse (<input type="checkbox"/> même que ci-dessus) :	Téléphone (maison) : (travail) :	
		Cellulaire:	
Garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> Les deux parents	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre/dispositions spéciales
Tuteur légal :	Relation avec l'enfant :	Téléphone :	Adresse :

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE SERVICES – CENTRE DE TRAITEMENT POUR ENFANTS (suite)

SERVICES DEMANDÉS :	<input type="checkbox"/> ERGO-THÉRAPIE	<input type="checkbox"/> PHYSIO-THÉRAPIE	<input type="checkbox"/> ORTHOPHONIE	<input type="checkbox"/> TRAVAIL SOCIAL	<input type="checkbox"/> LOISIRS THÉRAPEUTIQUES	<input type="checkbox"/> ABA	CLINIQUE : <input type="checkbox"/> Développement <input type="checkbox"/> Corps en santé <input type="checkbox"/> Orthétique <input type="checkbox"/> Suppléance à la communication et communication alternative (SCCA) <input type="checkbox"/> Alimentation et déglutition <input type="checkbox"/> Positionnement assis et mobilité

ENJEUX MÉDICAUX ET RELATIFS À LA SANTÉ

Raison pour demande (veuillez inclure les rapports d'évaluation, le cas échéant) :

Allergies :

Diagnostic primaire :	Date du diagnostic (<i>le cas échéant</i>) :
Autre(s) diagnostic(s) :	Date du diagnostic (<i>le cas échéant</i>) :

FORCES DU CLIENT	CHOSSES QUE LE CLIENT N'AIME PAS

Signature :

Date :

À USAGE INTERNE SEULEMENT

<input type="checkbox"/> Demande inscrite dans le CIMS	<input type="checkbox"/> Date et heure de l'admission :
Service requis: <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Loisirs thérapeutiques <input type="checkbox"/> Développement <input type="checkbox"/> Corps en santé <input type="checkbox"/> Orthétique <input type="checkbox"/> SCCA <input type="checkbox"/> Alimentation et déglutition <input type="checkbox"/> Positionnement assis et mobilité	
Notes:	

This form is available in English by request