



Formulaire demande de services avec l'Équipe psycho-sociale

Date de la demande : _____

Référent : Agence Professionnel Parent/tuteur Nom : _____

Nom de l'enfant/du jeune : _____ (de moins de 18 ans)

Âge : _____ Date de naissance : _____ Identification : F M AUTRE

Motif(s) de la référence :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> comportement extériorisé (agressivité, opposition/défiance) | <input type="checkbox"/> automutilation |
| <input type="checkbox"/> diagnostique en santé mentale (TDA, TDAH, anxiété) | <input type="checkbox"/> troubles alimentaires |
| <input type="checkbox"/> peurs, phobies, anxiété | <input type="checkbox"/> conflits familiaux |
| <input type="checkbox"/> relations malsaines | <input type="checkbox"/> humeur dépressive |
| <input type="checkbox"/> consommation/dépendance | <input type="checkbox"/> pauvres habiletés sociales |
| <input type="checkbox"/> problèmes d'estime de soi | <input type="checkbox"/> décrochage scolaire |
| <input checked="" type="checkbox"/> idées, propos ou tentatives suicidaires | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

_____ (spécifiez)

Parent(s)/tuteurs(s) : mariés séparés autre : _____

1. _____

2. _____

Adresse (s) :

1. _____

2. _____

de téléphone :

Maison : _____

Maison : _____

Travail : _____

Travail : _____

Cellulaire : _____

Cellulaire : _____

Je, _____ consens à ce que mon enfant, _____ soit référé aux services de l'Équipe psycho-sociale en ce _____ (date).

Signature du parent/tuteur ayant la garde légale de l'enfant/du jeune: _____

Signature du témoin/personne qui réfère : _____

SVP télécopier au (613) 938-8163 ou acheminer par courriel à eps@equipepsychosociale.ca et l'intervenante à l'accueil fera contact avec vous dans les plus brefs délais.