



Centre de pédiatrie sociale en communauté Rivière-du-Nord,
Au coin de Ma rue. 483 rue Labelle, J7Z 5L8, Saint-Jérôme,
tel : 450 438-5959, télécopieur : 450 438-1285

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

2. IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom du père : _____ **Prénom père :** _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ DDN : _____

Nom de la mère : _____ **Prénom mère :** _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ DDN : _____

Garde légale : Les deux parents Mère Père Tuteur

Fratrie :

Nom : _____ **Prénom :** _____ **DDN :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____ **DDN :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____ **DDN :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____ **DDN :** _____

Médecin traitant : _____

3. MOTIF DE LA DEMANDE

4. IDENTIFICATION DU RÉFÉRANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Établissement : _____

Téléphone : _____ **Poste :** _____

Veuillez retourner ce formulaire rempli par courriel au info.aucoindemarue@gmail.com
Le parent sera contacté dans la semaine suivant la réception de cette demande.

Centre de pédiatrie sociale en communauté Rivière-du-Nord,
Au coin de Ma rue. 483 rue Labelle, J7Z 5L8, Saint-Jérôme,
tel : 450 438-5959, télécopieur : 450 438-1285

J'accepte Je refuse la transmission de ces informations avec le Centre de pédiatrie sociale en communauté de la Rivière-du-Nord.

Signature du parent/enfant : _____ Date : _____

ou

Accord téléphonique du parent/enfant

5. À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION DU CPSC :

Date de réception de la référence :

Pré-évaluation faite : oui **non**

Rendez-vous donné? : oui **non** **Si oui, date du rdv :**

Veillez retourner ce formulaire rempli par courriel au info.aucoindemarue@gmail.com
Le parent sera contacté dans la semaine suivant la réception de cette demande.