



Au Coin de MA Rue, CPSC RDN
344, rue du Palais, Saint-Jérôme, QC, J7Z 1Y1
tel : 450 738-5959, fax : 450-438-1285
info.aucoindemarue@gmail.com

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.

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 :**