



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : F ou M ou autre

2. IDENTIFICATION DES PARENTS

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

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ DDN : _____

Courriel : _____

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

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ DDN : _____

Courriel : _____

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 : _____

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 infoaucoindemarue@gmail.com
Le parent sera contacté dans la semaine suivant la réception de cette demande.**