

Formulaire d'aiguillage

– Services d'inclusion pour jeunes enfants

1.7

700 avenue Industrial, bureau 600 Ottawa (Ontario) K1G 0Y9
613-736-1913 poste 233 613-736-8378 (fax)
aiguillage-sije@afchildrensservices.ca

Nom de l'enfant: _____
(prénom) (nom de famille)

Date de naissance: _____ Sexe: _____
jour / mois / année

Adresse: _____ app/unité: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Numéro(s) de téléphone(s): maison _____

Nom du parent: _____ cellulaire _____ travail _____

Nom du parent: _____ cellulaire _____ travail _____

Nom du tuteur: _____ cellulaire _____ travail _____

Adresse courriel du parent/tuteur: _____

Langue(s) parlée(s) à la maison: français anglais autres _____

Dans quelle langue préféreriez-vous recevoir la documentation? français anglais

Thérapies ou programmes (lieu/intervenant) précédents:

Précisez le service de garde agréé que l'enfant fréquente: _____

Permission de contacter le service de garde agréé Oui Non

Besoins médicaux: _____

Type de service de garde agréé désiré:

Centre éducatif Prématernelle Agence de garde à domicile

Date à laquelle le service est requis: _____

Recommandé par: _____ personne ressource: _____ téléphone: _____
_____ Travailleur(se) social(e)/ou autre _____

S'il y a lieu et avec permission, veuillez envoyer une copie du rapport d'évaluation du diagnostic de l'enfant avec ce formulaire.

Signature du parent/tuteur

Date

août 2019