

– Services d'inclusion pour jeunes enfants

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Je _____ autorise à communiquer le plus récent rapport d'évaluation,
(nom du parent/tuteur)

(comme indiqué ici-bas) complété au nom de l'enfant, d'être envoyé aux Services d'inclusion pour jeunes enfants, afin de planifier l'inclusion de mon enfant dans un service de garde agréé.

Si plus d'un service (identifié en caractère gras) peut fournir de l'information au sujet d'une évaluation, s.v.p. photocopier ou télécharger le formulaire sur notre site internet www.afchildrensservices.ca

Veillez cocher la (les) case (s) appropriée (s)

Centre hospitalier pour enfant de l'est de l'Ontario (CHEO)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Évaluation audiologie | <input type="checkbox"/> Évaluation ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Évaluation aveugle ou ayant une basse vision | <input type="checkbox"/> Évaluation orthophonie |
| <input type="checkbox"/> Évaluation développement psychologique | <input type="checkbox"/> Évaluation physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Évaluation ergothérapie | <input type="checkbox"/> Évaluation neurologie |
| <input type="checkbox"/> Évaluation génétique | <input type="checkbox"/> Les Services "Allons-y les petits" |
| | <input type="checkbox"/> Premiers mots/Évaluation orthophonie |

Ottawa Carleton Headstart Association for Preschools (OCHAP) Évaluation en orthophonie

l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA)

autre, spécifiez (nom, adresse complète, téléphone)

Ce formulaire est en vigueur pour une période de quatre-vingt-dix (90) jours.

Signature _____ Date _____

Lien de parenté avec l'enfant susnommé _____

S.V.P. envoyer aux: **Services d'inclusion pour jeunes enfants**

À l'attention de : Marie-Josée Landry, Coordonnatrice à l'accueil
700, avenue Industrial, bureau 600 Ottawa (Ontario) K1G 0Y9
613-736-1913 poste 233 613-736-8378 (fax)
aiguillage-sije@afchildrensservices.ca