

Formulaire d'aiguillage – Services d'inclusion pour jeunes enfants

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 _____ Genre _____
jour / mois / année

Adresse _____ apt/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 autre _____

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

Préoccupations médicales _____

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

Si l'enfant ne fréquente pas un service de garde, sélectionnez la ou les options qui vous intéresse(nt)

Centre éducatif Maternelle/Jardin Prémarternelle Agence de garde à domicile

Date à laquelle le service est requis _____

Recommandé par :

Personne ressource Travailleur(se) social(e)/ou autre Téléphone

Si applicable, avec permission, veuillez nous envoyer une copie de l'évaluation diagnostique de l'enfant avec cette demande.

Signature du parent/tuteur

Date (jour/mois/année)