

Nom :



Site :
Dossier:

RISQUE SUICIDAIRE

Présence idéation suicidaire : Oui Non

Référence suivi étroit : Oui Non

NOTES COMPLÉMENTAIRES

CLIENTÈLE JEUNESSE

Personne(s) qui assume(nt) la responsabilité quotidienne de l'enfant : Père Mère Tuteur
(Ne peut être la famille d'accueil)

	Prénom	Nom	Numéro téléphone
Tuteur			
Famille d'accueil			

Numéros de téléphone du ou des responsable(s) : Principal : _____ Autre : _____

Parents vivant ensemble Parents ayant la garde partagée Autre : _____

Mesure légale

LSJPA LPJ Date de début : _____ Date de fin : _____

Présentement en centre de réadaptation Durée approximative du placement : _____

Milieu de vie au moment de la demande : _____

Milieu scolaire fréquenté : _____ Ville : _____

PERSONNE OU ORGANISME RÉFÉRENT(E)

Nom : _____ Prénom : _____ Titre d'emploi : _____

Établissement : _____ No téléphone : _____ Poste : _____

L'utilisateur consent à la transmission de la référence et d'informations pertinentes.

Joindre l'outil DEBA-DEP ADO à la référence, si complété
Faxer la référence au 418 695-7786 ou par courriel
02_centre_de_readaptation_en_dependance@ssss.gouv.qc.ca

Un contact téléphonique sera effectué à l'utilisateur 72 heures ouvrables suivant la réception des documents