

date de réalisation :

Veillez remplir chaque section au mieux de votre connaissance.

La famille est au courant de cette demande de service et l'accepte : Oui

Le CHEO **doit obtenir** le consentement d'un parent ou d'un tuteur légal pour traiter cette demande de service.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____
Nom de famille Prénom Deuxième Prénom

Date de naissance : _____ mâle femelle Identité personnelle : _____
Jour/Mois/Année

N° d'assurance-maladie : _____ Code de version : _____ Carte en traitement

Langue de service : Français Anglais Langue(s) parlée(s) à la maison : _____
Vous faut-il un(e) interprète? Si oui, dans quelle langue? _____

Adresse: _____
nom et numéro de rue ville province code postal

Nom du 1^{er} parent ou tuteur : _____ Téléphone : _____

Relation avec l'enfant : _____ Courriel : _____

Nom du 2^e parent ou tuteur : _____ Téléphone : _____

Raison de la demande de service

(veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Possibilité d'un retard de la parole ou du langage
- Possibilité d'un retard de la motricité fine ou globale
- Possibilité d'autisme
- Possibilité d'un retard global du développement
- Autre: _____

Diagnostic de l'enfant :

(Veillez joindre le rapport de ce diagnostic au formulaire de demande de service.)

Handicap physique (veuillez préciser) :

(Veillez joindre le rapport de ce diagnostic au formulaire de demande de service.)

Décrivez en vos propres mots vos inquiétudes :

Nom de la personne qui fait la demande de service : _____ Relation à l'enfant : _____

Si vous êtes médecin, veuillez inscrire votre numéro de facturation ainsi que le numéro de téléphone et de télécopieur
et l'adresse de votre clinique.

Attention : Certains services exigent une référence d'un médecin. Notre équipe vous avertira s'il vous en faut une après avoir reçu ce formulaire.

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, appelez au 613-737-2757 ou au 1-800-565-4839