



Demande de Service

Pathways Health Centre for Children
 Rotary Place
 1240 Murphy Rd. Sarnia ON N7S 2Y6
 Téléphone : (519) 542-3471
 Télécopieur : (519) 542-4115
 www.pathwayscentre.org
 info@pathwayscentre.org

Numéro de dossier : _____

DATE DE LA DEMANDE : _____ Nom de la personne remplissant la demande : _____

Pathways accepte volontiers les demandes d'aiguillage provenant de diverses sources. Votre lien avec ce(tte) client(e) est :

- Vous-même * Enseignant(e)/École * Médecin/infirmier(ère) praticien(ne)
 Parent * Garde d'enfants agréée * Agence partenaire : _____
 Tuteur légal * Autre (veuillez expliquer) : _____

*** Si la demande d'aiguillage n'émane pas de vous-même, du parent ou du tuteur légal, on s'attend à ce que le parent ou la personne qui a la garde de l'enfant soutienne cette demande d'aiguillage. Cette demande a été discutée avec la famille : OUI NON**

IDENTIFICATION DU(DE LA) CLIENT(E) :

Nom du(de la) client(e) (Nom de famille, prénom, initiales)		Date de naissance JOUR MOIS ANNÉE		Genre ou prénom préféré
Adresse				
Code postal	N° de téléphone principal	N° de téléphone secondaire	Adresse courriel	
Médecin/Infirmier(ère) praticien(ne) du(de la) client(e)			Langue parlée à la maison	
École maternelle et/ou école (actuelle ou, si l'enfant n'est pas encore scolarisé(e), où sera-t-il(elle) scolarisé(e) ?				

IDENTIFICATION DU PARENT/ DE LA PERSONNE AYANT LA GARDE DE L'ENFANT :

Nom	Lien avec le(la) client(e)	Adresse (si différente de l'adresse ci-dessus)
N° de téléphone principal	N° de téléphone secondaire	Adresse courriel
Nom	Lien avec le(la) client(e)	Adresse (si différente de l'adresse ci-dessus)
N° de téléphone principal	N° de téléphone secondaire	Adresse courriel

SI LA DEMANDE D'AIGUILLAGE N'ÉMANE PAS DE VOUS-MÊME, DU PARENT OU DU TUTEUR LÉGAL, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

Votre nom	Votre titre
Nom de votre organisme/agence	Numéro de téléphone de votre contact

VEUILLEZ DÉCRIRE LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS FAITES UNE DEMANDE DE SERVICE À PATHWAYS : (Obligatoire)

La famille souhaite-t-elle s'identifier ou identifier ce(tte) client(e) en tant que :

Première Nation Métis Inuit Autre

SERVICE DEMANDÉ :

- Audiologie
- Services d'alimentation
- Physiothérapie
- Orthophonie
- Carrefour BonDépart
- Suppléance à la communication
- Ressources sur les troubles causés par l'alcoolisation fœtale
- Soutien aux ressources dans les services de garde d'enfants agréés
- Services de thérapie récréative
- Centre de diagnostic de l'autisme (À remplir par le médecin SEULEMENT)
- Ergothérapie
- Sièges et Mobilité
- Transition des adolescents transgenres