



## Centre Walgwan Center

### Liste des documents à envoyer

#### A) Veuillez remplir les formulaires suivants:

Formulaire demande admission	<input type="checkbox"/>	Consentement aux timbres anti-tabac	<input type="checkbox"/>
Consentement aux soins	<input type="checkbox"/>	Formulaire d'engagement aux soins	<input type="checkbox"/>
Consentement aux activités	<input type="checkbox"/>	Consentement divulgation information	<input type="checkbox"/>
Consentement vaccination	<input type="checkbox"/>	Consent surveillance vidéo	<input type="checkbox"/>
Procédures en cas de fugue	<input type="checkbox"/>	Autres rapports cliniques disponibles	<input type="checkbox"/>

#### B) Veuillez vous assurer que tous les documents suivants sont joints à la demande et dûment signés par les personnes autorisées.

	Inclus	À suivre	Non disponible
Certificat de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte assurance sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information scolaire et bulletin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information consommation substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordre de la cour/Mesures alternatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaires de consentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte assurance médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (rapports sur traitement passé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assurez-vous que l'inventaire de vêtements obligatoires est complet, en indiquant si le client a tous les vêtements nécessaires à l'admission.

Si vous avez en mains d'autres renseignements que vous jugez utiles ou si vous avez besoin de plus d'espace pour les formulaires, n'hésitez pas à joindre des pages supplémentaires.

#### C) Postez, envoyez par télécopie ou par courriel à l'attention de :

Intake Worker  
Centre Walgwan Center  
75 School Street  
Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y0  
Téléphone : 418 759-3006  
Télécopieur : 418 759-3064  
[ashley@walgwan.com](mailto:ashley@walgwan.com)

## CENTRE WALGWAN CENTER DEMANDE D'ADMISSION

VEUILLEZ NOTER QUE TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE REMPLIES

LES DEMANDES NON COMPLÈTES PEUVENT ÊTRE RETOURNÉES, RETARDANT AINSI LE PROCESSUS D'ADMISSION

Le formulaire doit être rempli par l'agent de la personne référée

Si une information ne s'applique pas, indiquez SO, inconnue, inscrivez INC et non disponible, indiquez ND.

N'hésitez pas à joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire.



<b>Information client</b>									
Date de réception de la demande par le travailleur communautaire :			<b>Date de réception de la demande au Centre de traitement</b>						
Nom de famille		Prénom			Surnom				
Date de naissance		Âge		Sexe		Carte assurance-maladie			
Adresse client				Téléphone					
Langue parlée			Langue préférée			Langue comprise			
Statut indien		N° traité			Nom de bande				
Parents biologique									
Nom tuteur légal			Adresse tuteur			Tél. tuteur			
Lieu de travail				Téléphone					
Contact en cas d'urgence									
<b>Implication des services sociaux</b>									
Nom de l'agence					Téléphone				
Nom du travailleur					Statut du client				
<b>Famille/Relations</b>									
Est-ce que le client a des enfants à charge?									
Si oui, sont-ils placés de façon adéquate pendant la durée traitement ?									
Ces enfants sont-ils placés?									
Est-ce que le client a d'autres personnes à sa charge?									
Fournissez l'information au sujet des enfants du client ou des autres personnes à charge									
<b>Nom</b>			<b>Âge</b>				<b>Relation</b>		
Avec qui le client habite-t-il?						Avec qui le client se sent le plus proche?			
Est-ce que le client s'entend bien avec les membres de sa famille?									
Est-ce que le client a des frères et sœurs?									
<b>Nom</b>			<b>Âge</b>		<b>État de santé</b>			<b>Habite avec</b>	
Nom de la mère									
Nom du père									
Le client a-t-il des amis proches							Si oui, qui?		
A-t-il un copain ou une copine?							Le client est-il actif sexuellement?		
Est-ce que le client parle aux aînés?							Est-il prêt à écouter?		

Croyances religieuses			
Autre			
Soutiens familiaux			
Forces familiales			
<b>Éducation</b>			
<b>Le client va-t-il à l'école?</b>		Le client aime-t-il l'école?	
Le plus haut niveau achevé			
Le client a-t-il un plan d'éducation individualisé?		Si oui, veuillez l'inclure	
Nom de l'école		Dernière année de présence à l'école	
<b>Problèmes juridiques</b>			
<b>Le client a-t-il déjà eu des problèmes avec la loi?</b>			
Expliquer :			
Présent statut légal	<b>Pas de statut légal</b>	<input type="checkbox"/>	Ou indiquez tous les détails requis selon qu'ils s'appliquent
<b>Loi sur la protection de la jeunesse</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Loi sur les jeunes contrevenants</b> <input type="checkbox"/>
Article 38		Mesures alternatives	<input type="checkbox"/> Ordonnance tribunal <input type="checkbox"/>
Mesures alternatives	<input type="checkbox"/>	N° ordonnance	
Ordonnance tribunal	<input type="checkbox"/>	N° article	
N° ordonnance			
N° article			
Date expiration		Date expiration	
		Offense :	
<b>*** Si applicable, veuillez inclure tous les documents légaux pertinents au statut indiqué ci-haut **</b>			
Liste des placements relatifs à la Loi sur les Jeunes contrevenants OU Protection de la jeunesse OU Placements volontaires :			
Date et durée du placement	Résidence		Nom du responsable
Le client doit-il comparaître en cour?			
Si oui, indiquer la date prévue :			
Raisons :			
Est-ce que l'alcool ou d'autres substances comme le « sniff » ou la drogue étaient impliqués dans les problèmes juridiques du client?			
Y a-t-il des limitations judiciaires de contact pour ce client?			
Nom :		Lien avec le client :	
<b>Veillez inclure les documents de Pré-sentence, Décisions de la cour, Probation ou tout autre document pertinent en annexe.</b>			
L'alcool ou toute autre substance tels que substances ou produits inhalés étaient-ils impliqués dans les problèmes légaux du client?			
Expliquez :			
Le client est-il actuellement en liberté conditionnelle ou sous une décision de la cour?			Choisissez un élément.
Agent de probation (Nom)		Tél.	Télec.
Ordonnance de probation	Du		Au
Conditions			

Copie jointe?		Le client s'est-il impliqué dans l'abus de substances/solvants?					
<b>Antécédent de la consommation chimique</b>							
<b>Information sur l'abus de solvants ou d'autres substances</b>							
Veuillez indiquer toutes les substances utilisées par le client :							
Essence	<input type="checkbox"/>	Butane	<input type="checkbox"/>	Produits nettoyants	<input type="checkbox"/>	Diesel	<input type="checkbox"/>
Vernis à ongle	<input type="checkbox"/>	Ciment	<input type="checkbox"/>	Fixatif pour cheveux	<input type="checkbox"/>	Diluant à peinture	<input type="checkbox"/>
Propane	<input type="checkbox"/>	Déodorant	<input type="checkbox"/>	Liquide correcteur	<input type="checkbox"/>	Dissolvant vernis à ongles	<input type="checkbox"/>
Colle	<input type="checkbox"/>			Désodorisant	<input type="checkbox"/>	Peinture en aérosol	<input type="checkbox"/>
Médicaments prescrits			<input type="checkbox"/>	Médicaments courants			<input type="checkbox"/>
Lesquels?							Lesquels? (Tylenol, sirop pour la toux)
Alcool	<input type="checkbox"/>	Marijuana, Weed ou Haschisch	<input type="checkbox"/>	Cocaïne	<input type="checkbox"/>	PCP	<input type="checkbox"/>
				LSD	<input type="checkbox"/>		
Autres? Spécifiez lesquels :							
Indiquez les substances consommées par ordre de préférence							
Substance	Date d'usage		Fréquence	Quantité consommée			
	Premier	Dernier					
Est-ce que sa consommation a augmenté avec le temps?							
À quel âge le client a-t-il consommé le plus?							
Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation?							
Quelles sont les principales raisons invoquées par le client pour consommer?							
Pour avoir des amis	<input type="checkbox"/>	Pour faire comme mes amis	<input type="checkbox"/>	Pour être accepté	<input type="checkbox"/>		
Parce que personne ne m'aime	<input type="checkbox"/>	Parce que personne ne s'occupe moi	<input type="checkbox"/>	Pour avoir du plaisir	<input type="checkbox"/>		
Pour oublier mes problèmes	<input type="checkbox"/>	Parce que personne ne me comprend	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>		
Le client a-t-il déjà fait l'expérience d'une période d'abstinence?							
Si oui, indiquez la durée et les dates de cette période :							
Expliquez les méthodes utilisées pour maintenir l'abstinence							
Veuillez indiquer les problèmes rencontrés par le client à cause de sa consommation de substance :							
Perdre des amis	<input type="checkbox"/>	Se faire suspendre de l'école	<input type="checkbox"/>	Comportement agressif	<input type="checkbox"/>		
Faire des choses que tu regrettes	<input type="checkbox"/>	Être arrêté pour un délit	<input type="checkbox"/>	Avoir honte	<input type="checkbox"/>		
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	Oubli de ce qui s'est passé	<input type="checkbox"/>	Perte de conscience	<input type="checkbox"/>		
Sentiment de culpabilité	<input type="checkbox"/>	Avoir tenté de se suicider	<input type="checkbox"/>	Avoir peur sans raison	<input type="checkbox"/>		
Hospitalisation d'urgence	<input type="checkbox"/>	Devenir malade en essayant d'arrêter de consommer				<input type="checkbox"/>	
Avoir eu des hallucinations	<input type="checkbox"/>	Avoir été en situation de danger ou avoir eu un accident				<input type="checkbox"/>	
Blessé une personne que tu aimes	<input type="checkbox"/>						
Commentaires :							
<b>À quel âge le client a-t-il commencé à « renifler »?</b>			<b>À quel âge le client a-t-il commencé à boire de l'alcool?</b>				

<b>À quel âge le client a-t-il commencé à utiliser d'autres drogues?</b>		Y a-t-il d'autres membres de sa famille qui consomment des solvants/substances?	
Si oui, qui d'autre?			
Le client consomme-t-il seul ou avec les autres?		Le client renifle-t-il ou souffle-t-il chez lui généralement?	
Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement chez un ami?		Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement à l'école?	
Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement dans un bâtiment abandonné?		Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement dans un véhicule abandonné?	
Le client renifle-t-il ou souffle-t-il généralement dans une fête?		Le client renifle-t-il ou souffle-t-il dehors généralement?	
Y a-t-il d'autres endroits où le client renifle ou souffle généralement?			
Est-ce que le client a perdu des amis suite au reniflement ou souffle?			
Est-ce que le client s'est déjà bagarré lorsqu'il consommait?			
Est-ce que le client a déjà causé des blessures graves à quelqu'un?			
Expliquez :			
Est-ce que le client a des problèmes médicaux, physiques, psychologiques ou émotionnels à cause de sa consommation de substances/solvants?			
Expliquez :			
Est-ce que le client sent qu'il est en contrôle de sa consommation de substances ou solvants?			
A-t-il déjà envisagé de diminuer ou de cesser?			
<b>Le client a-t-il déjà été en traitement pour sa consommation de substances/solvants?</b>			
Si oui, où est-il allé en traitement?			
Quand a-t-il reçu ce traitement?			
Combien de temps le client est-il resté dans le programme? (En termes de mois)			
Est-ce que le client a participé dans un programme pour la toxicomanie ou la santé mentale non résidentiel/basé dans la communauté?			
Si oui, dans type de programme?			
<b>Fonction psychologique</b>			
<b>Est-ce que le client a déjà parlé ou écrit au sujet de son désir de s'enlever la vie?</b>			
<b>Est-ce que le client a déjà tenté de se suicider?</b>			
Combien de fois?			
Comment le client a-t-il tenté de s'enlever la vie?			
Est-ce que le client a tendance à s'isoler lorsqu'il est déprimé ou malheureux?			
Est-ce que le client est triste ou malheureux?			
Fréquence à laquelle le client est triste ou malheureux?			
<b>Y a-t-il un passé connu de sévices sexuels?</b>			
<b>Y a-t-il un passé connu d'agression physique?</b>			
Y a-t-il un passé connu de cruauté mentale?			
Expliquez : (i.e. à quel âge y a-t-il eu constat et quels sont les résultats?)			
<b>Est-ce que le client pourrait avoir été témoin d'un passé d'agression familiale?</b>			
Expliquez :			
Lorsque le client est sobre, a-t-il communiqué avec des esprits que personne ne peut voir ou entendre?			
Ces communications sont-elles positives ou négatives pour le client?			
Expliquez :			
Y a-t-il des périodes où il est impossible de communiquer avec le client?			
Expliquez :			
Le client a-t-il déjà reçu des évaluations psychologiques ou de l'aide psychologique?			

Si oui, pourquoi?	
<b>Ressources externes</b>	
Y a-t-il d'autres agences qui sont impliquées auprès de votre client ou sa famille?	
Si oui, lesquelles et quels services offrent-elles? (Par ex., PNLAADA, RSC, Services aux familles)	
Activités/Pratiques familiales (Que voyez-vous comme famille?)	
Rôles/ Relations familiales (Comment interagissent-ils?)	
Statut dans la communauté (Comment est-elle perçue dans la communauté?)	
Quel système de croyance est pratiqué?	
Comment le client occupe-t-il ses temps libres?	
Qui sont les autres personnes de soutien pour la famille? (Par exemple, aînés, famille élargie, groupes communautaires, travailleur communautaire, RCS, PNLAADA, CWPW)	
Le client est-il conscient des effets des solvants et des substances?	
Sa famille est-elle consciente des effets des solvants et des substances?	
Le travailleur communautaire du client est-il conscient des effets des solvants et des substances?	
Quelles démarches la famille est-elle prête à prendre pour régler le problème?	
<b>Y a-t-il quelqu'un parmi les membres de la famille du client qui a reçu un traitement pour la toxicomanie?</b>	
Expliquez :	
Est-ce que les parents appuient leur enfant qui reçoit le traitement?	
Expliquez :	
Suite à l'achèvement du programme par l'enfant, quel système de soutien voyez-vous comme efficace pour aider l'enfant à maintenir une vie sobre	
Est-ce que la famille élargie soutient la famille qui demande de l'aide et/ou des traitements pour elle ou leur enfant?	
Expliquez :	
Est-ce que la famille serait prête à venir à notre Centre de traitement pour observer le programme en action dans le cadre du processus d'admission?	

Les questions en **ROUGE** dans ce formulaire sont obligatoires.

Après avoir sauvegarder ce document, veuillez l'envoyer à [ashley@walgwan.com](mailto:ashley@walgwan.com)

## SECTION 4. INFORMATION MÉDICALE

### 4.1. INFORMATION MÉDICALE DU CLIENT

*Cette section peut être remplie par un médecin ou un(e) infirmier(e)*

#### 4.1.1. Identification du médecin (ou de l'infirmier) :

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_  
Nom du responsable médical \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

#### 4.1.2. Identification du client :

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_ N° assurance santé : \_\_\_\_\_  
Pression : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_  
Les vaccinations requises sont à jour? Oui  Non  Ne sais pas   
Sinon, quelles sont les vaccinations requises? \_\_\_\_\_

#### 4.1.4. Si approprié veuillez indiquer:

La date des dernières menstruations: \_\_\_\_\_  
La cliente est-elle enceinte? Oui  Non  Si oui, combien de semaines? \_\_\_\_\_

#### 4.1.5. Examen physique fait par :

Date de l'examen: \_\_\_\_\_

	Normal	Anormal	Spécifier
<input type="checkbox"/> Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Uro-génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Réticulo-endothélial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Sang, lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Oreilles, nez, gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Cheveux, peau, ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### Autres problèmes de santé

<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Sommeil	<input type="checkbox"/> Énurésie	<input type="checkbox"/> Apprentissage
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Coordination
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> MTS	<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Concentration	<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Vision
<input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Mémoire	<input type="checkbox"/> Dermatologie	<input type="checkbox"/> Hygiène déficiente
<input type="checkbox"/> Poux			

***Veuillez prendre note que si le client est présentement sous médicaments prescrits, il doit arriver au Centre avec la prescription écrite. Nous veillerons alors nous-même à soumettre la prescription à la pharmacie pour lui procurer ses médicaments.***

Donnez des détails sur les problèmes et traitements, si nécessaire :

#### 4.1.6. Santé mentale

Le client présente-t-il des problèmes de santé mentale? Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, lesquels?  Peurs, angoisses  Dépression  Idées suicidaires  Tentatives de suicide  
 Paranoïa  Autres: \_\_\_\_\_

Veillez spécifier les situations ou éléments déclencheurs des problèmes mentionnés ci-haut, ainsi que les dates ou périodes, la durée, les méthodes de contrôle utilisées, etc.

---

---

---

---

**Le client bénéficie-t-il d'un suivi thérapeutique?**

Oui  Non

Si oui, le nom du spécialiste : \_\_\_\_\_

Raison du suivi : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Le rapport du spécialiste est-il inclus?

Oui  Non

Si le client n'est pas suivi présentement, recommanderiez-vous un suivi basé sur votre évaluation?

Oui  Non  Si oui, pour quelles raisons? \_\_\_\_\_

---

---

#### 4.1.7. Médication

Le client prend-il des médicaments? Oui  Non  Ne sais pas  Si oui, précisez :

Médication	Date de début/Date de fin	Posologie	Raison du traitement

#### 4.1.8. Restrictions alimentaires :

Le client a-t-il des restrictions alimentaires? Oui  Non  Ne sais pas  Si oui, lesquelles?

---

---

---

**4.1.9. Veuillez spécifier toute autre information médicale pertinente :**

---

---

---

Date de la rencontre : \_\_\_\_\_

Signature du responsable médical : \_\_\_\_\_





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Je, \_\_\_\_\_, en ce jour de \_\_\_\_\_  
(Parent / Tuteur légal) (Aujourd'hui – jj / mm / yy)  
autorise le directeur général du Centre Walgwan Center ou son représentant à fournir un traitement de réadaptation pour  
\_\_\_\_\_  
(Nom du client) (Date de naissance)

Pour la durée du :

- Programme complet (14 semaines)  
 Programme de prévention (4 semaines)

Je comprends que je consens aussi à :

- Une évaluation psychologique ou psychiatrique
- Une évaluation médicale et au traitement
- Donner la permission au Centre de transmettre et de recevoir des renseignements personnels en ce qui concerne les dossiers cliniques à et des :  
Services sociaux, services psychologiques, la PNLAADA, les travailleurs et le Centre jeunesse, les services psychiatriques, les écoles et à d'autres si nécessaire.

Je comprends qu'aucune information ne sera révélée à d'autres personnes sans mon consentement écrit excepté aux personnes directement impliquées dans le traitement.

Je peux révoquer ou modifier mon consentement à révéler l'information en tout temps.

Signature du client \_\_\_\_\_

Signature du parent \_\_\_\_\_

Ou tuteur légal

Signature du référent \_\_\_\_\_

Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_ Date de fin du consentement \_\_\_\_\_

(30 jours après le traitement)

CONTRAT D'ENGAGEMENT ENVERS LES SOINS À DONNER



À la suite de l'admission de \_\_\_\_\_ , le jour de \_\_\_\_\_  
I, \_\_\_\_\_

(relation avec le jeune) \_\_\_\_\_ , m'engage à le/la soutenir

durant son séjour au Centre Walgwan Center et aussi de m'informer au sujet de ses progrès dans son programme.

Je garderai un contact téléphonique avec le jeune à la fréquence suivante :


Nous suggérons fortement d'appeler après 18 heures au numéro 418 759-3075. Il peut y avoir des autorisations spéciales au sujet des heures d'appel dans le but de s'ajuster à l'horaire des éducateurs.

Signé le (date) : \_\_\_\_\_ , à Gesgapegiag (Centre Walgwan Center)

Nom du client : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Nom du parent / tuteur : \_\_\_\_\_

Nom de la personne significative : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé du Centre : \_\_\_\_\_



## CONSETEMENT POUR LE PORT DE TIMBRES ANTI-TABAC

### Politique sur la cigarette

Il est interdit de fumer au Centre Walgwan Center. Lors de l'admission au Centre, le jeune ne peut avoir en sa possession des cigarettes, des briquets ou des allumettes en tout temps. Les fumeurs qui entrent au Centre Walgwan Center seront fortement encouragés à participer à un programme de cessation de fumer comme partie intégrante de leur programme de traitement. Ainsi, tout jeune âgé de 14 ans ou plus peut obtenir et porter des timbres anti-tabac à la suite du consentement de ses parents ou tuteurs légaux.

Veuillez signer le présent formulaire de consentement :

**En tant que tuteur légal ou parent, je consens à ce que mon jeune obtienne et porte des timbres anti-tabac.**

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Jeune \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Je consens à me conformer à cette règle.

Signature du client \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Consentement pour divulguer et obtenir des renseignements<sup>1</sup>

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_  
Consent à ce que \_\_\_\_\_  
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

**Donne les renseignements ou documents suivants :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
À : \_\_\_\_\_  
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

**Obtient les renseignements ou documents suivants :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
De : \_\_\_\_\_  
(Nom de l'institution, organisation ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Contenus dans le dossier de :

\_\_\_\_\_  
Nom de famille  
\_\_\_\_\_  
Prénom  
\_\_\_\_\_  
Date de naissance  
\_\_\_\_\_  
Adresse (Numéro civique, ville, code postal)

Pour les raisons suivantes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Spécifier les raisons pour la divulgation)

Ce consentement est révoquable en tout temps.

Signé à \_\_\_\_\_, ce jour de \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

\_\_\_\_\_  
Signature  
\_\_\_\_\_  
Nom du témoin en caractères d'imprimerie et signature

<sup>1</sup> Note : Ce formulaire doit être signé par :

- Un client âgé de 14 ans et plus
- Une personne exerçant l'autorité parentale si le client a moins de 14 ans





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX ACTIVITÉS ET APPROBATION DES PARENTS OU TUTEURS LÉGAUX

L'utilisation recommandée de ce formulaire est pour obtenir le consentement et l'approbation des parents ou tuteurs légaux au fait que le Centre Walgwan Center et ses invités participent à un voyage ou à des activités.

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Autre nom

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Âge durant l'activité

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
Province

\_\_\_\_\_  
Code postal

A mon consentement pour participer à (nom de l'activité, voyage, excursion, etc.)

Nom de l'activité  
\_\_\_\_\_

Du (date)  
\_\_\_\_\_

Au (date)  
\_\_\_\_\_

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, ACCORD DE LIBÉRATION ET AUTORISATION

Je comprends que la participation aux activités du Centre Walgwan Center puisse impliquer des risques de blessures.

Je comprends aussi que la participation à ces activités est volontaire et requiert des participants qu'ils suivent les directives et se conforment à toutes les règles et codes de conduite.

En cas d'urgence impliquant mon enfant, je comprends que le Centre s'efforcera de communiquer avec moi par tous les moyens possibles. Dans l'éventualité où l'on ne pourrait me joindre, je donne par le présent formulaire la permission au fournisseur de soins de donner le traitement approprié, incluant l'hospitalisation, l'anesthésie, la chirurgie ou des injections à mon enfant.

En appréciant les risques associés aux programmes et aux activités, y compris les préparatifs et le transport de et vers l'activité, en mon propre nom et / ou au nom de mon enfant, je renonce entièrement et complètement à toute réclamation contre le Centre Walgwan Centre, ses

administrateurs, superviseurs et employés ou bénévoles, associés à un programme ou à une activité pour blessure corporelle, décès ou perte pouvant survenir.

NOTE : Centre Walgwan Centre ne peut pas continuellement surveiller la conformité de ses clients ou les limites qui leur sont imposées par les parents ou les fournisseurs de soins médicaux. Veuillez énumérer toutes les restrictions imposées à votre enfant et conseiller à votre enfant de se conformer à ces restrictions.

Inscrivez la liste des restrictions, s'il y a lieu :

---

Aucune restriction

---

Signature du participant

---

Date

---

Nom du parent ou du tuteur en caractères d'imprimerie

---

Signature du parent ou du tuteur

---

Date

Numéro de téléphone (Contact d'urgence ou meilleur contact)

---

Courriel (pour décrire les activités ou le voyage plus en détails)

---

Contact pour le responsable de l'activité s'il y a des questions

---

Nom

---

Téléphone

---

Courriel





## CONSETEMENT À LA VACCINATION

Je, \_\_\_\_\_ par la présente, consent au vaccin contre la grippe pour  
(Nom du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
(Nom du jeune)

durant son traitement au Centre Walgwan Center conformément aux normes de santé et de sécurité.

Je comprends que seul un professionnel de la santé administrera le vaccin.

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur)

Date : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT À LA SURVEILLANCE VIDÉO



Le Centre Walgwan Center utilise la « surveillance vidéo » pour améliorer la sûreté et la sécurité des clients et de ses installations. La confidentialité est maintenue, mais la vidéo peut être partagée pour les enquêtes criminelles.

Je, \_\_\_\_\_ (Parent/tuteur) comprends que la surveillance vidéo au Centre Walgwan Center est utilisée pour la sûreté et la sécurité de mon enfant et j'y consens.

---

Signature

---

Date





## FORMULAIRE POUR ABSENCE SANS PERMISSION

Nom du client : \_\_\_\_\_ Surnom : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Tatouage/cicatrice \_\_\_\_\_

Y a-t-il des ordonnances judiciaires actuellement en vigueur?  Oui  Non

Si oui, quel est le statut et qui est la personne à contacter?

Description physique		Apposer une photographie du client
Couleur des cheveux :	_____	
Couleur des yeux :	_____	
Grandeur :	_____	
Poids:	_____	

**Procédure de notification :**

Le travailleur référant doit être prévenu Les parents ou le tuteur doit être prévenu

- Immédiatement  
 Après 4 heures  
 Après 8 heures

- Immédiatement  
 Après 4 heures  
 Après 8 heures

Dans le cas où les parents ou le tuteur ne sont pas disponibles, les personnes suivantes peuvent être prévenues :

Nom: \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Relation

Relation

**\*\* Je comprends que le Centre Walgwan Center fera tout en son pouvoir pour assurer la sécurité de mon enfant en tout temps. Dans le cas d'une fugue, je comprends que le personnel du centre de traitement laissera suffisamment de temps à mon enfant pour retourner au centre. Toute absence non planifiée d'une durée supérieure à quatre heures sera considérée comme une « fugue » et sera suivie d'un rapport officiel au travailleur référant.**

Signature du travailleur référant \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_