

# Centre Walgwan Center

## Demande d'admission pour programme résidentiel



(Pour activer une case à cocher, double cliquez, dans le menu, cliquez Case activée.  
Sauvegardez le document sous le nom du client et envoyez à [walgwan@globetrotter.net](mailto:walgwan@globetrotter.net) )

**A) Veuillez remplir, compléter ou fournir les documents suivants :**

- |  |                          |                                |                          |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Formulaire de demande d'admission – 5 sections | <input type="checkbox"/> | Consentement pour fumer        | <input type="checkbox"/> |
| Formulaire d'autorisation                      | <input type="checkbox"/> | Formulaire d'engagement d'aide | <input type="checkbox"/> |
| Tout autre rapport clinique, si disponible     | <input type="checkbox"/> |                                |                          |

**B) Assurez-vous que les documents suivants soient signés si requis, et indiquer leur statut :**

	Inclus	À suivre	Non disponible
Certificat de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numéro de bande / de bénéficiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte d'assurance sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information scolaire et bulletins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur la consommation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordonnance de la cour / Mesures de rechange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulaire d'autorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte d'assurance santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information concernant la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (rapports de traitements antérieurs)	<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 minimal des vêtements soit complété afin que le client soit admis avec les vêtements requis

Si vous avez d'autre information pertinente ou si vous avez besoin de plus d'espace pour transmettre l'information, n'hésitez pas à ajouter d'autres pages.

**C) Postez, ou envoyez par courriel ou par télécopieurs à l'adresse suivante**

Préposé à l'admission		
<b>Centre Walgwan Center</b>		
75 School Street		
Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y1		
Tél. : 418 759-3006	Télec. : 418 759-3064	<a href="mailto:walgwan@globetrotter.net">walgwan@globetrotter.net</a>

**Centre Walgwan Center**  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**SECTION 1. IDENTIFICATION**

**1.1. IDENTIFICATION DU CLIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Date de naissance :           (JJ/MM/AA)           Statut indien Oui  Non

Nom de la communauté : \_\_\_\_\_ Nation: \_\_\_\_\_

Résidence : Dans la communauté  En dehors de la communauté

Numéro de bande \_\_\_\_\_ N° bénéficiaire \_\_\_\_\_  
 (10 chiffres) (s'il y a lieu)

Langues parlées : \_\_\_\_\_

Langues écrites : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

N° ass. maladie \_\_\_\_\_ N.A.S. \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Relation avec le client: \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_

**1.2. IDENTIFICATION DE LA FAMILLE**

**1.2.1. Type de famille** Famille biologique  Famille adoptive

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	
Père :			
Mère :			
Frère ou sœur : (Aîné)		Âge :	
Frère ou sœur : (Suivant(e))		Âge :	
Frère ou sœur : (Suivant(e))		Âge :	
Autres?			

**1.2.2. Qui a la garde légale du client?**

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

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

Relation avec le client : \_\_\_\_\_  
 (parents, grands-parents, oncle, etc.)

**Centre Walgwan Center**  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**1.2.3. Avec qui le client demeure-t-il présentement?**

Famille biologique  Famille adoptive  Gardiens légaux  Autres? \_\_\_\_\_

Si autres, veuillez indiquer le nom de la personne ou de l'institution : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Veuillez identifier les personnes résidant avec le client présentement si différent de 1.2.1.

Nom	Lien avec le client

**1.2.4 Le client a-t-il des enfants?**

Oui

Non

Si oui, veuillez donner l'âge des enfants, dire avec qui ils habitent et indiquer la relation entre le client et ses enfants :

**1.3. IDENTIFICATION DES RESSOURCES :**

**1.3.1. Sources référentielles**

Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

Lien avec le client : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

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

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

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

**Nom de l'intervenant responsable du suivi** (après traitement) : \_\_\_\_\_

Lien avec le client : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

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

Province: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

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

*Centre Walgwan Center*  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**1.3.2. Veuillez donner les informations concernant tout autre personne impliquée dans ce processus de référence :**

Travailleur social :	_____	Téléphone :	_____
Psychologue :	_____	Téléphone :	_____
Officier de probation :	_____	Téléphone :	_____
Autres :	_____	Téléphone :	_____

**1.3.3. Veuillez identifier les ressources disponibles dans la communauté du client :**

Agent P.N.L.A.A.D.A	<input type="checkbox"/>	Travailleur de rue	<input type="checkbox"/>
Travailleur social	<input type="checkbox"/>	Aîné	<input type="checkbox"/>
Représentant en santé communautaire	<input type="checkbox"/>	Autres?	_____

**1.3.4. Identifiez les ressources déjà utilisées par le client et dites pour quels motifs :**

---

---

---

---

---

---

---

**Centre Walgwan Center**  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**SECTION 2. PROFILS**

**2.1. PROFIL DU CLIENT**

**2.1.1. Veuillez lesquelles des conditions suivantes sont applicables au client :**

Abus de solvants          Abus d'alcool                          Abus d'autres substances                     

Spécifiez : \_\_\_\_\_

Abusé physiquement	<input type="checkbox"/>	Abusé sexuellement	<input type="checkbox"/>	Conflit avec les parents	<input type="checkbox"/>
Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	Assauts	<input type="checkbox"/>	Abuseur sexuel	<input type="checkbox"/>
Prostitution	<input type="checkbox"/>	Automutilation	<input type="checkbox"/>	Tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>
				Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>
Fugues	<input type="checkbox"/>	Délits	<input type="checkbox"/>	Pairs consommateurs	<input type="checkbox"/>
Retard scolaire	<input type="checkbox"/>	Abandon scolaire	<input type="checkbox"/>	Itinérance	<input type="checkbox"/>

**2.1.2. Ces conditions sont-elles associées à l'intoxication**                      **Oui**     **Non**

Si oui,  
clarifiez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.1.3. Agressivité physique et assauts :** Spécifiez à quel âge et envers qui ces comportements ont eu lieu et si le client était sous l'influence ou non.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.1.4. Abusé sexuellement et physiquement :** Spécifiez le contexte de ces événements, s'ils se produisent toujours actuellement et l'âge à laquelle les abus ont commencé :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Centre Walgwan Center**  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**2.1.5. Automutilation, tentatives de suicide et idées suicidaires :** Spécifiez à quel âge ces incidents se sont produits, ce que le jeune a utilisé pour s'automutiler ou tenter de se suicider, quel fut l'élément déclencheur et si le client était sous l'influence ou non.

---

---

---

**2.1.6. Y a-t-il eu un suivi thérapeutique à la suite des problèmes mentionnés?** Oui  Non

Si oui, indiquez le nom et le numéro de téléphone du professionnel :

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

Est-ce que le rapport du suivi est inclus? Oui  Non

**2.1.7. Le client a-t-il déjà participé à un programme de réadaptation pour son abus de substances?**

Oui  Non  Si oui, donnez les informations suivantes concernant le Centre de traitement

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

Date : \_\_\_\_\_ Rapport du dernier séjour inclus? Oui  Non

**2.1.8. Le client pratique-t-il une religion spécifique?** Oui  Non

Laquelle? \_\_\_\_\_

**2.1.9. Le client s'implique-t-il dans la pratique d'approche traditionnelle?** (Par exemple : tente de suée, cercle de parole, guide spirituel, aîné, camping traditionnel, etc.) Oui  Non

**2.1.10. Y a-t-il des restrictions de la part du client ou des parents concernant l'utilisation d'approches traditionnelles?**

---

---

---

**2.1.11. Information sur la consommation de solvants et autres substances**

**Veillez indiquer toutes les substances déjà consommées par le client :**

Essence	<input type="checkbox"/>	Butane	<input type="checkbox"/>	Produits nettoyage	<input type="checkbox"/>	Diesel	<input type="checkbox"/>
Liquide correcteur	<input type="checkbox"/>	Vernis à ongle	<input type="checkbox"/>	Diluant à peinture	<input type="checkbox"/>	Ciment	<input type="checkbox"/>
Dissolvant vernis à ongles	<input type="checkbox"/>	Fixatif cheveux	<input type="checkbox"/>	Propane	<input type="checkbox"/>	Déodorants	<input type="checkbox"/>
Peinture en aérosol	<input type="checkbox"/>	Colle	<input type="checkbox"/>	Désodorisants	<input type="checkbox"/>		
Médicaments prescrits	<input type="checkbox"/>	Lesquels?					

Médicaments courants (Tylenol, sirop pour la toux)  Lesquels? \_\_\_\_\_

Alcool  Marijuana, *weed* ou haschisch  Cocaïne  PCP  L.S.D

# Centre Walgwan Center

## Demande d'admission pour programme résidentiel



**2.1.12. Indiquez les substances consommées par ordre de préférence**

Substance	Date d'utilisation		Fréquence (À quel rythme)	Quantité (Combien)
	Première fois	Dernière fois		

**2.1.13. Est-ce que sa consommation a augmenté avec le temps?**      Oui                       Non

**2.1.14. À quel âge le client a-t-il consommé le plus?** \_\_\_\_\_

**2.1.15. Quels sont les éléments déclencheurs de sa consommation?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2.1.16. Quelles sont les principales raisons invoquées par le client pour consommer?**

- |                            |                          |                             |                          |                       |                          |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Pour avoir des amis        | <input type="checkbox"/> | Pour faire comme ses amis   | <input type="checkbox"/> | Pour être accepté     | <input type="checkbox"/> |
| Personne ne m'aime         | <input type="checkbox"/> | Personne ne s'occupe de moi | <input type="checkbox"/> | Pour avoir du plaisir | <input type="checkbox"/> |
| Pour oublier mes problèmes | <input type="checkbox"/> | Personne ne me comprend     | <input type="checkbox"/> |                       |                          |
| Autres?                    | <input type="checkbox"/> | _____                       |                          |                       |                          |

**2.1.17. Le client a-t-il connu une période d'abstinence?**                      Oui                       Non

Si oui, spécifiez la durée et les dates de cette période : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Expliquez les méthodes utilisées pour maintenir l'abstinence?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2.1.18. Indiquez les problèmes vécus par le client liés à sa consommation de substances :**

- |  |                          |  |                          |                       |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Perte d'amis   | <input type="checkbox"/> | Suspension de l'école                    | <input type="checkbox"/> | Comportement agressif | <input type="checkbox"/> |
| Sentiments de regrets  | <input type="checkbox"/> | Arrestation pour délit                   | <input type="checkbox"/> | Avoir honte           | <input type="checkbox"/> |
| Perte d'appétit  | <input type="checkbox"/> | Blesser les gens qu'il aime              | <input type="checkbox"/> | Perte de conscience   | <input type="checkbox"/> |
| Hallucination  | <input type="checkbox"/> | Tentative de suicide                     | <input type="checkbox"/> | Perte de mémoire      | <input type="checkbox"/> |
| Éprouver de la peur sans savoir pourquoi                         | <input type="checkbox"/> | Devenir malade en essayant de s'abstenir | <input type="checkbox"/> |                       |                          |
| Hospitalisation  | <input type="checkbox"/> | Sentiments de culpabilité                | <input type="checkbox"/> |                       |                          |
| Avoir été en situation de danger ou implication dans un accident | <input type="checkbox"/> |  |                          |                       |                          |

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Centre Walgwan Center**  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**2.2. PROFIL DES FAMILLES**

**2.2.1. Veuillez spécifier les informations connues au sujet des parents du client**

OUI =

NON =

Ne sais pas =?

	<b>Biologique</b>		<b>Adoptive</b>	
	<b>Père</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Mère</b>
	Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>			

Si autres, spécifier: \_\_\_\_\_

**2.2.2. Veuillez spécifier l'information connue au sujet des familles du client**

OUI =

NON =

Ne sais pas =?

	<b>Famille biologique</b>	<b>Famille adoptive</b>	<b>Famille où le client vit</b>
	Tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence conjugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauvreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autres, spécifier \_\_\_\_\_

**2.2.3. Indiquez les personnes significatives qui supportent le plus le client dans son traitement :**

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le client : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le client : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le client : \_\_\_\_\_

**2.2.4. Décrivez en général la relation interpersonnelle entre le client et les personnes avec qui il vit?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Centre Walgwan Center*  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**SECTION 3. ÉDUCATION**

**3.1. INFORMATION SCOLAIRE**

**3.1.1. Le client fréquente-t-il l'école?** Oui  Non

Si oui, quel type d'école? École résidentielle  Famille d'accueil scolaire  École publique   
À l'intérieur de la communauté  À l'extérieur de la communauté

**3.1.2. Dernière école fréquentée et date d'abandon :** Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Contact : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Dernier bulletin inclus?

**3.1.3. Comment sont les relations interpersonnelles et les comportements du client avec les personnes en droit d'autorité à l'école?**

---

---

---

**3.1.4. Caractéristiques du client au plan scolaire :**

Matières préférées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Difficultés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.1.5. Le client a-t-il déjà eu un emploi? (Ex. emploi d'été, etc.)** Oui  Non

Emploi : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

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

# Centre Walgwan Center

## Demande d'admission pour programme résidentiel



### 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 :

# Centre Walgwan Center

## Demande d'admission pour programme résidentiel



### 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: \_\_\_\_\_

Veuillez 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 medical : \_\_\_\_\_

**Centre Walgwan Center**  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**SECTION 5. STATUT LÉGAL**

*Cette information a trait aux lois de **Protection de la jeunesse** et sur les **Jeunes Contrevenants***

**5.1. STATUT LÉGAL DU CLIENT**

**Aucun dossier légal actif**

**Statut courant :**

**Sinon, fournir ci-dessous les informations**

Protection de la jeunesse <input type="checkbox"/>	Jeunes Contrevenants <input type="checkbox"/>
Article 38,    A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mesures de rechange : <input type="checkbox"/> Ordonnance de la cour : <input type="checkbox"/> N° d'ordonnance _____    N° d'article : _____
Mesures de rechange : <input type="checkbox"/> Ordonnance de la cour : <input type="checkbox"/> N° d'ordonnance : _____    N° d'article : _____	Description: _____
Date d'expiration : _____	Date d'expiration : _____
	Offense : _____

**\*\*\* Si applicable, veuillez inclure tous les documents légaux pertinents au statut indiqué ci-haut \*\*\***

**5.1.1. 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

**5.1.2 Le client doit-il comparaître en cour?**

Oui     Non

Si oui, indiquez la date prévue : \_\_\_\_\_

Raisons : \_\_\_\_\_

**5.1.3. Y a-t-il des limitations judiciaires de contact pour ce client (Injonctions de la cour, limitations, ou ...)**

Nom : \_\_\_\_\_    Lien avec le client \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_    Lien avec le client \_\_\_\_\_

**Veuillez inclure les documents de pré-sentence, décisions de la cour, probation ou tout autre document pertinent en annexe.**

**Centre Walgwan Center**  
**Demande d'admission pour programme résidentiel**



**FORMULAIRE D'AUTORISATION**

Je, \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_  
(Parent /Tuteur légal) (Date courante – jj / mm / aa)  
autorise la directrice ou le directeur du Centre Walgwan Center ou son délégué à intervenir conformément au traitement de réhabilitation pour :

\_\_\_\_\_  
(Nom du client) (Date de naissance)  
pour une période possible de trois mois et demi (3 ½ ) en résidence

**Je réalise que je consens aussi à :**

- l'évaluation psychologique ou psychiatrique
- l'évaluation et au suivi médical
- la réception et la transmission d'informations personnelles concernant les dossiers cliniques aux :  
Services sociaux, services psychologiques, Agent P.L.A.A.D.A., centre jeunesse, services psychiatriques, école et autres, tels que requis.

**Je comprends** qu'aucune information ne sera transmise à qui que ce soit sans mon consentement écrit, à l'exception des personnes directement impliquées dans l'intervention qui me concerne au Centre Walgwan Center.

**Je peux révoquer** mon consentement quant à la transmission d'informations qui me concernent en tout temps.

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

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

**Ou tuteur légal**  \_\_\_\_\_

**Signature du référent** \_\_\_\_\_

Date du début du consentement \_\_\_\_\_ Date de la fin \_\_\_\_\_  
(30 jours après la fin du traitement)

*Centre Walgwan Center*  
*Demande d'admission pour programme résidentiel*



**Contrat d'engagement**

À la suite de l'admission de \_\_\_\_\_ , en ce jour du

\_\_\_\_\_, Je, \_\_\_\_\_

(lien avec le jeune) \_\_\_\_\_ , m'engage à le soutenir durant son séjour au Centre Walgwan Center et à m'informer de la progression du jeune dans son programme.

Pour ce faire, je garderai le contact avec le jeune par des appels téléphoniques, selon l'horaire suivant :


Nous vous suggérons d'appeler après 18 heures au numéro suivant : 418 759-3075. Il se peut qu'il y ait des ententes spéciales en ce qui concerne les heures d'appel afin de se conformer à l'horaire de travail des intervenants du milieu.

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

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

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

Nom du parent : \_\_\_\_\_

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

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