



## 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)

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

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. N'hésitez pas à joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire. Après avoir sauvegarder ce document, veuillez l'envoyer à [ashley@walgwan.com](mailto:ashley@walgwan.com)

## Table des matières

Information client.....	3
Implication des services sociaux.....	3
Famille et relations .....	4
Éducation.....	5
Problèmes juridiques.....	5
Antécédents de la consommation chimique .....	6
Information sur l’abus de solvants ou d’autres substances .....	6
Fonction psychologique.....	9
Ressources externes .....	10
Information médicale .....	11
Santé mentale.....	12
Formulaire de consentement aux soins .....	13
Contrat d’engagement envers les soins à donner.....	14
Consentement pour le port de timbres anti-tabac .....	15
Consentement à la divulgation et à l’obtention de renseignements scolaires personnels .....	16
Consentement pour divulguer et obtenir des renseignements .....	17
Formulaire de consentement aux activités et approbation des parents ou tuteurs légaux.....	18
Consentement à la vaccination .....	20
Consentement à la surveillance vidéo.....	21
Formulaire pour absence sans permission.....	22

## CENTRE WALGWAN CENTER

## DEMANDE D'ADMISSION

## Information client

Date de réception de la demande par le travailleur communautaire \_\_\_\_\_

Date de réception de la demande au Centre de traitement \_\_\_\_\_

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 biologiques \_\_\_\_\_

Nom tuteur légal \_\_\_\_\_

Adresse tuteur \_\_\_\_\_

Téléphone tuteur \_\_\_\_\_

Lieu de travail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence \_\_\_\_\_

## Implication des services sociaux

Nom de l'agence \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Nom du travailleur \_\_\_\_\_

Statut du client	Pupille de la couronne	<input type="checkbox"/>	Pupille de la société	<input type="checkbox"/>
	Foyer d'accueil traditionnel	<input type="checkbox"/>	Service à l'enfant et à la famille	<input type="checkbox"/>
	Autre _____			

## Famille et relations

Est-ce que le client a des enfants à charge?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, sont-ils placés de façon adéquate pendant la durée du traitement?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Ces enfants sont-ils placés?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Est-ce que le client a d'autres personnes à sa charge?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Fournissez l'information au sujet des enfants du client ou des autres personnes à charge

Nom	Âge	Relation

  

Avec qui le client habite-t-il?	Mère seulement	<input type="checkbox"/>	Père seulement	<input type="checkbox"/>
	Père et mère	<input type="checkbox"/>	Seul	<input type="checkbox"/>
	Amis	<input type="checkbox"/>	Frères et sœurs	<input type="checkbox"/>
	Famille d'accueil	<input type="checkbox"/>	Membres de la famille élargie	<input type="checkbox"/>

Avec qui le client se sent-il 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? \_\_\_\_\_

Nom	Âge	État de santé	Habite avec...

Nom de la mère \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_

Le client a-t-il des amis proches? \_\_\_\_\_ Si oui, qui? \_\_\_\_\_

Le client 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 l'écoute? \_\_\_\_\_

Croyances religieuses \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

Soutiens familiaux \_\_\_\_\_

Forces familiales \_\_\_\_\_

## Éducation

Le client va-t-il à l'école? \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

## Problèmes juridiques

Le client a-t-il déjà eu des problèmes avec la loi? \_\_\_\_\_

Expliquer \_\_\_\_\_

Présent statut légal \_\_\_\_\_ Pas de statut légal

Ou indiquez tous les détails requis selon qu'ils s'appliquent

**Loi sur la protection de la jeunesse**

Article 38 (inscrire A, B, C, D, E, F ou G)			
Mesures alternatives		Ordonnance tribunal	
Numéro ordonnance		Numéro de l'article	
Date d'expiration			

**Loi sur les jeunes contrevenants**

Mesures alternatives  Ordonnance tribunal

Numéro ordonnance		Numéro de l'article	
Date d'expiration		Offense	

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

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 \_\_\_\_\_

Y a-t-il interdiction de contact avec des personnes (Injonction de la cour, limites)? \_\_\_\_\_

Nom		Lien avec le client	

**Veillez inclure les documents de Pré-sentence, Décisions de la cour, Probation ou tout autre document pertinent en annexe.**

L'alcool ou toute autre substance tels que substances ou produits inhalés étaient-ils impliqués dans les problèmes légaux du client? \_\_\_\_\_

Expliquer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le client est-il actuellement en liberté conditionnelle ou sous une décision de la cour? \_\_\_\_\_

Nom de l'agent de probation \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Ordonnance de probation Du (date) \_\_\_\_\_ Au (date) \_\_\_\_\_

Conditions \_\_\_\_\_

Copie jointe  Le client s'est-il impliqué dans l'abus de substances ou de solvants? \_\_\_\_\_

### Antécédents de la consommation chimique

#### Information sur l'abus de solvants ou d'autres substances

Veillez indiquer toutes les substances utilisées par le client

Essence  Butane  Produits nettoyants  Diesel

Vernis à ongle  Ciment  Fixatif pour cheveux  Diluant à peinture

Propane  Déodorant  Liquide correcteur  Dissolvant vernis à ongles

Colle  Désodorisant  Peinture en aérosol

Médicaments prescrits  Médicaments courants

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

Alcool  Marijuana, Weed ou Haschisch  Cocaïne  PCP  LSD

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  Pour faire comme mes amis  Pour être accepté

Parce que personne ne m'aime  Parce que personne ne s'occupe moi  Pour avoir du plaisir

Pour oublier mes problèmes  Parce que personne ne me comprend  Autre

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

Veillez indiquer les problèmes rencontrés par le client à cause de sa consommation de substance :

Perdre des amis  Se faire suspendre de l'école  Comportement agressif

Faire des choses que tu regrettes  Être arrêté pour un délit  Avoir honte

Perte d'appétit  Oubli de ce qui s'est passé  Perte de conscience

Sentiment de culpabilité  Avoir tenté de se suicider  Avoir peur sans raison

Hospitalisation d'urgence  Devenir malade en essayant d'arrêter de consommer

Avoir eu des hallucinations  Avoir été en situation de danger ou avoir eu un accident

Blesser une personne que tu aimes

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

**À quel âge le client a-t-il commencé à « renifler »?** \_\_\_\_\_

**À quel âge le client a-t-il commencé à boire de l'alcool?** \_\_\_\_\_

**À quel âge le client a-t-il commencé à utiliser d'autres drogues?** \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

**Le client a-t-il déjà été en traitement pour sa consommation de substances/solvants?** \_\_\_\_\_

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 quel type de programme? \_\_\_\_\_

---



## Fonction psychologique

**Est-ce que le client a déjà parlé ou écrit au sujet de son désir de s'enlever la vie?** \_\_\_\_\_

**Est-ce que le client a déjà tenté de se suicider?** \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

**Y a-t-il un passé connu de sexuels?** \_\_\_\_\_

**Y a-t-il un passé connu d'agression physique?** \_\_\_\_\_

Y a-t-il un passé connu de cruauté mentale? \_\_\_\_\_

Expliquer : (i.e. à quel âge y a-t-il eu constat et quels sont les résultats?) \_\_\_\_\_

**Est-ce que le client pourrait avoir été témoin d'un passé d'agression familiale?** \_\_\_\_\_

Expliquer \_\_\_\_\_

Lorsque le client est sobrié, a-t-il communiqué avec des esprits que personne ne peut voir ou entendre? \_\_\_\_\_

Ces communications sont-elles positives ou négatives pour le client? \_\_\_\_\_

Expliquer : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des périodes où il est impossible de communiquer avec le client? \_\_\_\_\_

Expliquer : \_\_\_\_\_

Le client a-t-il déjà reçu des évaluations psychologiques ou de l'aide psychologique? \_\_\_\_\_

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

## Ressources externes

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, 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, PNLAADA) \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

**Y a-t-il quelqu'un parmi les membres de la famille du client qui a reçu un traitement pour la toxicomanie?** \_\_\_\_\_

Expliquer : \_\_\_\_\_

Est-ce que les parents appuient leur enfant qui reçoit le traitement? \_\_\_\_\_

Expliquer : \_\_\_\_\_

À la suite de 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? \_\_\_\_\_

Expliquer : \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

## Information médicale

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

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

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

### 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? \_\_\_\_\_

### Si approprié veuillez indiquer:

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

### 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"/> Musculosquelettique	<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"/> Déficiência 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 :

## 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? \_\_\_\_\_

## 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

## Restrictions alimentaires :

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

**Veillez 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 : \_\_\_\_\_

## Consentement 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, gommes et/ou menthes anti-tabac (à participer, peut-être, dans un programme de cessation de tabagisme et thérapie de remplacement)**

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

Date \_\_\_\_\_

Je consens à me conformer à cette règle.

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

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



## Consentement à la divulgation et à l'obtention de renseignements scolaires personnels<sup>1</sup>

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Consent à ce que : \_\_\_\_\_

(Nom de l'institution, organisme ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

**Divulgue les renseignements ou documents suivants :**

À : Centre Walgwan Center, Lucy J Casey-Campbell (enseignante au Centre Walgwan Center)

(Nom de l'institution, organisme ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

**Obtienne les renseignements ou documents suivants :**

-Copie de mon dossier scolaire

-Travaux à compléter pendant mon séjour

De : \_\_\_\_\_

(Nom de l'institution, organisme ou professionnel, ou nom et qualification de la personne)

Contenu dans le dossier de :

\_\_\_\_\_

Nom de famille

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Adresse (N° civique, rue, ville, code postal)

Pour les raisons suivantes :

Faire un plan au niveau éducation pendant mon séjour au Centre, ayant comme but de me soutenir dans mes études

(Spécifier les raisons pour la divulgation)

Ce consentement peut être révoqué en tout temps.

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_

(Jour/mois/année)

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Signature du témoin et nom en lettres moulées

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

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





## Consentement pour divulguer et obtenir des renseignements<sup>2</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 révoquant en tout temps.

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

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Nom du témoin en caractères d'imprimerie et signature

<sup>2</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 (telles que la chasse, la trappe, la pêche, le canoë, camping plein air, etc.)

_____	_____	_____
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 : Le 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

## Consentement 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

- Immédiatement  
 Après 4 heures  
 Après 8 heures

Les parents ou le tuteur doit être prévenu

- 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 \_\_\_\_\_