



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

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

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 et mère	<input type="checkbox"/>
	Amis	<input type="checkbox"/>
	Famille d'accueil	<input type="checkbox"/>
	Père seulement	<input type="checkbox"/>
	Seul	<input type="checkbox"/>
	Frères et sœurs	<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 | <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

Veillez 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"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Avoir eu des hallucinations | <input type="checkbox"/> | Avoir été en situation de danger ou avoir eu un accident | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Blesser une personne que tu aimes | <input type="checkbox"/> | | | | |

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 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? _____

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 personnels¹

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

¹ 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 renseignements²

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

² 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 _____