

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)

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

Formulaire de demande d'admission – 5 sections Consentement pour fumer
Formulaire d'autorisation Formulaire d'engagement d'aide
Tout autre rapport clinique, si disponible

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

<p>Préposé à l'admission</p> <p>Centre Walgwan Center</p> <p>75 School Street</p> <p>Gesgapegiag (Québec) G0C 1Y1</p> <p>Tél. : 418 759-3006 Téléc. : 418 759-3064 walgwan@globetrotter.net</p>
--

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 =?

	Biologique		Adoptive	
	Père	Mère	Père	Mère
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<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 =?

	Famille biologique	Famille adoptive	Famille où le client vit
	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



CONSETEMENT POUR FUMER

Politique sur la cigarette

Il est interdit de fumer à l'intérieur du Centre Walgwan. Les endroits réservés à cette fin se situent à l'extérieur à 50 pieds de la bâtisse, comme le stipule la loi québécoise sur le tabac. Les jeunes ne peuvent avoir de cigarettes, de briquet ou d'allumettes sur eux en tout temps. Les cigarettes et les briquets sont sous surveillance du personnel. Il n'est permis de fumer que lors des pauses prévues à l'horaire à cet effet. Le personnel du Centre supervisera la distribution des cigarettes lors des pauses prévues.

Les fumeurs qui entrent au Centre Walgwan seront fortement encouragés à participer à un programme pour cesser de fumer comme faisant partie de leur programme de traitement.

Contexte

De nombreux facteurs ont incité le Centre Walgwan à confier la permission de fumer aux parents ou aux gardiens légaux. L'un de ces facteurs est qu'une grande majorité des jeunes venant au Centre sont déjà des fumeurs et désirent continuer. En signant ce consentement, vous donnez en permanence la permission de fumer à votre enfant durant son traitement au Centre Walgwan. De plus, vous acceptez de lui fournir des cigarettes pour toute la durée de son séjour.

En signant ce consentement, vous acceptez de fournir à votre enfant les cigarettes nécessaires à la durée de son séjour. Le jeune devrait arriver avec suffisamment de cigarettes pour toute la durée de son programme (programme de 14 semaines = 2 cartons de cigarette, programme de prévention de 4 semaines = 5 paquets de cigarettes). AUCUNE cigarette ne sera achetée pour votre enfant pendant son séjour au Centre.

Veuillez signer le consentement qui suit :

En tant que gardien légal, je donne mon consentement pour permettre au jeune de fumer :

Parent ou Gardien _____ Jeune _____
Date _____

Si ce formulaire n'est pas retourné dûment rempli et signé, nous en déduisons que le jeune n'a pas la permission de fumer.

Notez que le personnel du Centre Walgwan a le droit de révoquer le privilège de fumer à un jeune dans le cas d'une infraction au règlement par le jeune.

Je consens à obéir aux règles mentionnées ci-haut.

Signature du jeune _____

Date : _____

Centre Walgwan Center
Demande d'admission pour programme résidentiel



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 : _____