

Date : AAAA/MM/JJ

Renseignements sur le client		
Personne responsable 1		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse		Téléphone
Personne responsable 2		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse		Téléphone
Renseignements sur l'enfant		
Enfant 1		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Lien avec la personne responsable de l'enfant		
Enfant 2		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Lien avec la personne responsable de l'enfant		
Enfant 3		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Lien avec la personne responsable de l'enfant		
Enfant 4		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Lien avec la personne responsable de l'enfant		
Renseignements sur l'origine de l'orientation		
Nom de la personne à l'origine de l'orientation	Organisme ou organisation à l'origine de l'orientation	Téléphone
<input type="checkbox"/> Le client a été informé de l'orientation et y consent. <input type="checkbox"/> La personne faisant l'objet de l'orientation ou son tuteur légal consent à ce que des renseignements soient communiqués verbalement ou par écrit à la Section des ressources familiales à des fins de consultation ou d'orientation.		
Domaines dans lesquels la famille demande du soutien		
<input type="checkbox"/> Discipline <input type="checkbox"/> Deuil/perte <input type="checkbox"/> Attachement <input type="checkbox"/> Soutien prénatal <input type="checkbox"/> Santé émotionnelle ou mentale	<input type="checkbox"/> Socialisation et isolement <input type="checkbox"/> Développement de l'enfant <input type="checkbox"/> Relations familiales <input type="checkbox"/> Interaction parent/enfant	<input type="checkbox"/> Counseling et soutien en toxicomanie/alcoolisme <input type="checkbox"/> Orientation vers des ressources communautaires <input type="checkbox"/> Orientation et informations sur des séances de groupe <input type="checkbox"/> Développement de limites personnelles
Notes		

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli au programme de soutien à la famille :

Courriel : HSS.familyresourcerreferrals@yukon.ca
 Téléphone : 867-667-3745

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués en conformité avec la Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux. Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux ou écrivez à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca, pour en obtenir un exemplaire.