

POSER L'ÉTIQUETTE DE CODE À BARRES  
D'IDENTIFICATION DE L'USAGER  
ICI

(ne pas masquer le nom lorsqu'inscrit à la main)

No Dossier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom à la naissance

\_\_\_\_\_  
Prénom

## DEMANDE DE SERVICE

GUICHET D'ACCÈS INTÉGRÉ JEUNESSE

### Enfant/Jeune concerné par la demande :

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DDN :	NAM :	
Adresse :		
Code Postal :	Téléphone domicile :	
Âge :	Cellulaire :	
Adresse courriel :		

### Identification des parents ou tuteurs:

Parent 1 (ou tuteur):		Parent 2 (ou tuteur) :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone - maison :		Téléphone - maison :	
Téléphone - bureau :		Téléphone - bureau :	
Adresse courriel :		Adresse courriel :	
Disponibilité	No. dossier CLSC	Disponibilité	No. dossier CLSC
Parent au courant de cette démarche? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Parent au courant de cette démarche? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Le jeune vit avec :  Ses deux parents  Parent 1  Parent 2  Garde partagée  Autre

Besoin de l'enfant/Jeune (perception de l'enfant/sa famille) :

Éléments familiaux à considérer :

**Attentes du référent :**

Risque suicidaire : Non  Oui  Si oui, lequel :

Danger envers autrui : Non  Oui  Si oui, lequel :

Autres éléments de risques identifiés :

**Diagnostics de l'enfant/jeune (spécifier si ce sont des impressions diagnostiques à confirmer) :**

**Médication :** Non  Oui  Si oui, lequel :

**Suivis actifs ou historique de services :**

**Toutes autres informations pertinentes :**

**Veillez joindre tous rapports ou informations complémentaires pertinentes en lien avec la présente demande.**

**Faire parvenir à l'adresse suivante : [guichet.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)**

**Coordonnées du référent :**

Nom :	Titre :
Organisme :	No. Permis (Md) :
Adresse :	
Code Postal :	
Télécopieur :	Téléphone :
Nom médecin de famille (si différent) :	Adresse courriel :

**OBLIGATOIRE**

En apposant ma signature, j'accepte la transmission d'information entre le référent et l'intervenant du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de- Montréal pour toute la période d'analyse des besoins de mon enfant/jeune.

Par la présente, l'usager (14 ans et plus) consent à recevoir des services et s'engage à s'impliquer dans une démarche de suivi

Parents ou tuteur légal/jeune

Date

Ou autorisation verbale reçue par :

Date