**RÉFÉRENCE DU MILIEU DE GARDE**

**VERS LE CIUSSS DE L’EST-DE-L’ÎLE-DE-MONTRÉAL**



**ATTENTION : Ce formulaire doit être complété par les bureaux coordonnateurs ou par la direction du service de garde, et non par le ou les parents.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DEMANDEUR/RÉFÉRENT** | | | | | | | | | | |  |
| Nom du milieu de garde : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | |  |
| Adresse : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | Code postal : | |  |  |
| Nom de la personne responsable du milieu de garde : | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |  |
| Fonction : |  | | | | Téléphone : | |  | | Poste : |  |  |
| Adresse courriel du référent : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICATION DE L’ENFANT ET SA FAMILLE** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Nom et prénom de l’enfant : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | |  |
| Date de naissance : | |  | | | NAM : | | |  | | | | | | Exp : | |  |  |
| Adresse : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | Ville : | | |  | | | |  |
| Code Postal : | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  |
| Nom et prénom du **parent 1** : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | |  |
| Téléphone résidence : | | |  | | | | Autre : | | | |  | | | | | |  |
| Nom et prénom du **parent 2** : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | |  |
| Téléphone résidence : | | |  | | | | | Autre : | | | |  | | | | |  |
| L’enfant vit avec : | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Ses parents  Parent 1  Parent 2  En garde partagée  Autre : | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Adresse courriel du parent ou des parents (si garde partagée) : | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **MOTIF DE LA DEMANDE** | | | | | | | | | | | |  |
| L’enfant fréquente le milieu de garde depuis : | | | |  | | Fréquence : | | | |  | Jours/semaine |  |
| Nom de l’éducateur : | | |  | | Groupe de l’enfant : | | |  | | | |  |
|  | Résumé de la situation ou du problème (observations du milieu de garde) : | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | Décrire l’impact sur le fonctionnement au quotidien : | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | Démarches déjà effectuées / en cours par les parents ou le milieu de garde pour faire face à la situation : | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | Quelles sont les actions qui ont été mises en place pour soutenir l’éducateur(trice)? | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
| Est-ce que l’éducateur(trice) souhaite être accompagné(e) directement par un(e) intervenant(e) du CIUSSS? (Interventions éducatives précoces (IEP))?  Oui  Non  **Services de l’équipe IÉP : Réaliser des observations dans les milieux de garde et participer à des rencontres avec le service de garde éducatif dans le but de cibler des stratégies adaptées aux besoins de l'enfant et du SGÉE.** | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |
|  | Attentes du milieu de garde face au CIUSSS : | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
| Est-ce que la problématique est présente à la maison?  Oui  Non  Est-ce que le parent désire être soutenu à la maison?  Oui  Non  Est-ce que le parent désire recevoir des services du CIUSSS en lien avec les défis de son enfant?  (ex : orthophonie, nutrition, ergothérapie …)  Oui  Non | | | | | | | | | | | |  |
|  | Attentes du parent en lien avec la référence : | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
| Selon vous, est-ce que la problématique semble liée aux comportements?  Oui  Non | | | | | | | | | | | | |
|  | Autres informations pertinentes à la référence (consultation ou attentes envers d’autres services tels que centre réadaptation, centre hospitalier, services privés, etc.) SVP Précisez : | | | | | | | | | | |  |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
| Complété par : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | Date : | |  | | |  |
| Fonction : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **CONSENTEMENT À L’INTERVENTION PROFESSIONNELLE DANS LE CADRE D’UN SOUTIEN PONCTUEL AU MILIEU DE GARDE** | | | | |  |
| Je consens à ce que le CIUSSS de l'Est-de-l’Île-de-Montréal intervienne auprès de mon enfant en milieu de garde pour :   * Observation en contexte de groupe * Soutien au milieu de garde * Échange entre les intervenants concernés du milieu de garde et du CIUSSS en lien avec la nature de la demande | | | | |  |
| * Autre (préciser) : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |  |
| J’ai pris connaissance des informations qui seront transmises au CIUSSS et j’accepte que le CIUSSS active un dossier pour mon enfant. | | | | |  |
| Signature du parent : |  | | Date : |  |  |
| * **Si vous avez répondu oui à la question *« Est-ce que le parent désire recevoir des services du CIUSSS en lien avec les défis de son enfant? »*, SVP nous faire parvenir tout document d’évaluation en lien avec la demande de soutien (ex. : rapport(s) du médecin, orthophonie …etc.)** * **SVP joindre aussi le portrait développemental de l’enfant que vous devez compléter deux fois par année pour le Ministère de la Famille.** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lorsque complétée, veuillez envoyer votre référence au Guichet d’accès intégré Jeunesse via l’adresse courriel suivante :  **guichet.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca**  Voici les numéros de téléphone si vous avez besoin de suivi concernant la référence envoyée. | | |
| **St-Léonard / St-Michel** | **Olivier-Guimond, Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve** | **Pointe-aux-Trembles, Rivière-des-Prairies, Mercier-Est, Anjou** |
| 514 722-3000 Poste 5434 | 514 253-9717 Poste 15111 | 514 642-4050 Poste 77443 |