**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 [ ]  NonEst-ce que le parent désire être soutenu à la maison? [ ]  Oui [ ]  NonEst-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 |