



Centre de pédiatrie sociale communautaire de Lachine  
**DEMANDE DE SERVICE**

RÉFÉRENT	
Référence est faite par : partenaire <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/>	En date du :
Prénom et nom (et profession) :	Établissement :
Téléphone :	Courriel :

ENFANT RÉFÉRÉ		
Nom : Prénom :	L'enfant habite à : <input type="checkbox"/> Lachine L'enfant vit avec :	
Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre	Langue parlée : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Statut d'immigration :
Date de naissance:	Numéro assurance-maladie et date échéance Ou PFSI :	
L'enfant fréquente une garderie <input type="checkbox"/> une école <input type="checkbox"/> aucun de ces choix <input type="checkbox"/>		
Laquelle :	Niveau scolaire si école :	
Frère(s) et/ou sœur(s) – Nom, prénom, âge et date de naissance :		
<i>SVP compléter une demande pour chaque enfant de la famille que vous voulez référer.</i>		

PARENTS	
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Adresse :	Adresse :
Courriel :	Courriel :
Téléphone :	Téléphone :
RAISONS DE LA RÉFÉRENCE	
Comment avez-vous connu le CPSC de Lachine ?	



Centre de pédiatrie sociale  
communautaire de Lachine

**Situation familiale :** (séparation / garde partagée, monoparentalité, autorité parentale, difficultés vécues)

**Situation médicale :**

**Médecin de famille et/ou pédiatre :** Oui  Non

**Si oui, nom et coordonnées :**

**Besoins médicaux identifiés :**

**Besoins psychosociaux nommés :**

**L'enfant est-il suivi actuellement par CLSC, Centre Jeunesse, organisme communautaire?** Oui  Non

**Si oui, partenaires impliqués (nom et coordonnées) et brève description des services offerts :**

**Suivi antérieur par CLSC, CJ, OC :** Oui  Non

**Si oui, cités les suivis antérieurs :**

**Accepterait suivi CLSC :** Oui  Non

**Raisons :**

**Attentes de la famille / de l'enfant pour le suivi au CPSC de Lachine :**



Centre de pédiatrie sociale  
communautaire de Lachine

**Complément en cas de référence par un tiers :**

*\*Si vous souhaitez inclure des informations complémentaires, vous pouvez fournir une annexe à ce formulaire.*

### CONSENTEMENT À LA DEMANDE DE SERVICE

Les parents consentent à la référence (ou l'enfant si 14 ans ou plus) et autorisent \_\_\_\_\_  
(nom du référent) de l'établissement \_\_\_\_\_ (nom de l'établissement) à faire parvenir les  
informations pertinentes à l'analyse de la demande au CPSC de Lachine.

Verbalement en date du \_\_\_\_\_

Signature des parents (ou de l'enfant si 14 ans ou plus) :

*\*Si les parents sont séparés et/ou divorcés, veuillez svp obtenir le consentement des deux parents.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez faire parvenir le formulaire complété CPSC de Lachine via l'adresse courriel  
[cpscdelachineaccueil@hotmail.com](mailto:cpscdelachineaccueil@hotmail.com)**

### Partie réservée au CPSC de Lachine

Pré-évaluation faite le : \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> Évaluation/Orientation fixée le : \_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_

Travailleuse sociale : \_\_\_\_\_