



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° dossier : \_\_\_\_\_

Éléments de vulnérabilité et/ou facteurs de risque :	
<input type="checkbox"/> Idées suicidaires (joindre la grille d'estimation du risque suicidaire si complétée)	<input type="checkbox"/> Comportements agressifs/violents
<input type="checkbox"/> Idées/pensées homicidaires	<input type="checkbox"/> Situation/risque d'itinérance
<input type="checkbox"/> Isolement ou absence de réseau de soutien	<input type="checkbox"/> Problème judiciaire
<input type="checkbox"/> Épuisement du réseau actuellement en place	<input type="checkbox"/> Échec scolaire
<input type="checkbox"/> Enjeux financiers importants	<input type="checkbox"/> Désorganisation comportementale/psychologique importante
<input type="checkbox"/> Intimidation	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Dépendance alcool/drogue/jeux Précisez : _____	
<b>Services professionnels actuels :</b> (Indiquez les suivis avec médecin(s), spécialiste(s), intervenant(s), etc.)	
<b>Attentes du référent :</b> (Indiquez la raison pour laquelle vous soumettez cette demande)	
<b>Attentes de l'enfant/parent/représentant légal :</b> (Décrivez les besoins exprimés par l'enfant/parent/ représentant légal)	
<b>Consignes pour joindre l'enfant/parent/représentant légal:</b> (Ajoutez toutes les informations de contact supplémentaires et indiquez le meilleur moment pour joindre l'enfant/parent/représentant légal).	
<b>Résultats d'évaluation d'outils validés, s'il y a lieu, à joindre :</b> (évaluation réalisée par un professionnel)	

**À l'attention de la personne qui reçoit ce formulaire :** Si cette case est cochée, veuillez contacter le référent.

Consentement		
En tant que parent ou représentant légal de l'enfant, je consens à ce que ce présent formulaire soit envoyé à l'accueil psychosocial, le (date) :		
_____	_____	_____
Signature du parent ou du représentant légal	Nom en caractère d'imprimerie	Date
<input type="checkbox"/> Consentement verbal obtenu le (date) :		
_____	_____	_____
Signature du référent	Nom en caractère d'imprimerie	Date

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° dossier : \_\_\_\_\_

Organisation	
Nom du référent	
Adresse	
Courriel	
Téléphone	

DATE DE RÉFÉRENCE	Année			Mois		Jour	

Faire parvenir le formulaire à l'adresse courriel suivante (selon votre territoire) :

- Sherbrooke: [accueilpsychosocial.sherbrooke.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.sherbrooke.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)
- Memphrémagog: [accueilpsychosocial.mm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.mm@ssss.gouv.qc.ca)
- Coaticook: [accueilpsychosocial.coaticook@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.coaticook@ssss.gouv.qc.ca)
- Val Saint-François: [accueilpsychosocial.vsf@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.vsf@ssss.gouv.qc.ca)
- Haut-St-François: [accueilpsychosocial.hsf@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.hsf@ssss.gouv.qc.ca)
- Val-Des-Sources: [accueilpsychosocial.dessources@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.dessources@ssss.gouv.qc.ca)
- Granit: [accueilpsychosocial.granit@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.granit@ssss.gouv.qc.ca)
- Haute-Yamaska: [accueilpsychosocial.cssshy16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.cssshy16@ssss.gouv.qc.ca)
- La Pommeraie: [accueilpsychosocial.cssslp16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueilpsychosocial.cssslp16@ssss.gouv.qc.ca)