

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
 Aaaa-MM-JJ  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 Aaaa-MM  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SERVICE CLINIQUE TROUBLES COMPLEXES DU DÉVELOPPEMENT

Date de la demande: \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

### RÉFÉRENT :

|                                                                                                                           |               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Nom du référent :                                                                                                         |               | Fonction :    |
| Nom de l'établissement :                                                                                                  |               | Téléphone :   |
| Adresse :                                                                                                                 |               | Télécopieur : |
| Ville :                                                                                                                   | Code postal : | Courriel :    |
| <input type="checkbox"/> <b>Tous les rapports pertinents à cette demande sont acheminés avec cette demande de service</b> |               |               |

### RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

|                                                                                                            |               |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| Adresse :                                                                                                  |               | Téléphone domicile : |
| Ville :                                                                                                    | Code postal : | Cellulaire :         |
| Age :                                                                                                      |               | Courriel :           |
| Langue: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre: |               |                      |

### RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS/REPRÉSENTANT LÉGAL

Est-ce que les parents sont séparés:  Oui  Non

Est-ce que la garde est partagée :  Oui  Non

**Si oui**, nom du parent ayant la garde de l'enfant :

|                                 |                                 |                                             |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| Nom :                           | <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Représentant légal |
| DDN : <small>AAAA/MM/JJ</small> | Téléphone domicile :            |                                             |
| Adresse :                       |                                 | Cellulaire :                                |
| Ville :                         | Code postal :                   | Courriel :                                  |
| Nom :                           | <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Représentant légal |
| DDN : <small>AAAA/MM/JJ</small> | Téléphone domicile :            |                                             |
| Adresse :                       |                                 | Cellulaire :                                |
| Ville :                         | Code postal :                   | Courriel :                                  |

Si l'utilisateur vit en famille d'accueil

|                      |               |                      |
|----------------------|---------------|----------------------|
| Nom du responsable : |               | Téléphone domicile : |
| Adresse :            |               | Cellulaire :         |
| Ville :              | Code postal : | Courriel :           |





Nom :

Prénom :

# Dossier :

Tous les rapports pertinents à cette demande sont acheminés avec cette demande de service

| FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À LA DEMANDE À : |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Par courriel :                                                            | cretcd.crditedme16@ssss.gouv.qc.ca                  |
| Par télécopieur :                                                         | 450 647-1953                                        |
| Par la poste :                                                            | 1442, rue Beauharnois, Longueuil, (Québec), J4M 1C2 |
| Pour nous rejoindre par téléphone :                                       | 450 647-1123 poste 2200                             |

| RÉSERVÉ À L'ADMISSION             |                                              |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| Date de réception de la demande : | <input type="checkbox"/> Accepté             |
| Date réseau considérée :          | <input type="checkbox"/> Refusé      Motif : |
|                                   |                                              |
| Commentaires :                    |                                              |