



**1. Famille** Contact :  Parent  Tuteur légal  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Nom / Lien

Nom du parent ou du tuteur légal \_\_\_\_\_

Adresse du parent ou du tuteur légal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

**2. Enfant** Date de naissance (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_  M  F

**3. Diagnostic**  Non  Oui Décrire: \_\_\_\_\_

Question/inquiétude \_\_\_\_\_

*Utilisez les organigrammes des services et les guides de ressources du Portail universel pour trouver le fournisseur de service approprié.*

**4. Services et organismes retenus / Autres renseignements**

\_\_\_\_\_  Mise en relation  Recommandation  
 Accès sans recommandation

**Services et organismes retenus / Autres renseignements**

\_\_\_\_\_  Mise en relation  Recommandation  
 Accès sans recommandation

**5. Rempli par :**

Nom \_\_\_\_\_ Organisation \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj)



## Portail universel Autorisation à transmettre de l'information

### 1. Autorisation

Verbale

Écrite

Afin d'obtenir les services d'un fournisseur pour aider mon/notre enfant \_\_\_\_\_,  
*Nom de l'enfant*

\_\_\_\_\_, j'autorise/nous autorisons la transmission de renseignements de vive voix  
*Date de naissance de l'enfant (aaaa/mm/jj)*

ou par écrit entre \_\_\_\_\_ et l'organisme indiqué ci-dessous.  
*Organisme qui transmet le formulaire*

**Pour une autorisation verbale, ne fournir que le ou les noms. Pour une autorisation par écrit, fournir le ou les noms, le nom du témoin et les signatures**

Nom 1 \_\_\_\_\_ Signature 1 \_\_\_\_\_

Nom 2 \_\_\_\_\_ Signature 2 \_\_\_\_\_

Témoin \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### 2. Organisme à contacter

- Regional Municipality of Durham
  - Children's Services Division
    - Durham Behaviour Management Services
  - Health Department
    - Healthy Babies Healthy Children
    - Infant and Child Development Services
- YWCA Durham
  - Community Enrichment Services
- Grandview Children's Centre
- Ressources pour les enfants et la jeunesse exceptionnels – région de Durham

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Rempli par

Nom \_\_\_\_\_ Organisme \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj)