



## Renvoi aux services d'intervention d'urgence (Programme ontarien des services en matière d'autisme)

### District d'Algoma Districts de Nipissing - Parry Sound - Muskoka

Nom de l'enfant/du jeune : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Genre: \_\_\_\_\_ Langue de service préférée : \_\_\_\_\_

Noms des soignants (tuteurs légaux) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone principal : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Statut Autochtone :  Non  Oui (spécifier): \_\_\_\_\_

Le jeune a-t-il plus de 12 ans ?  Oui  Non

Le jeune/tuteur consent-il au service ?  Oui (joindre un formulaire de consentement)  Non

#### Raison du renvoi :

L'enfant ou le jeune adopte-t-il un comportement qui lui cause du tort à lui-même, à d'autres personnes ou à des biens, et qui, s'il n'est pas traité, pourrait le conduire à une situation de crise ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Décrire :</u>
Numéro d'enregistrement POSA (obligatoire) :	
Le problème émergent est-il déjà traité par un fournisseur de POSA ?  Si non, pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom de l'agence du renvoi : \_\_\_\_\_ Nom de l'auteur du renvoi : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_