



**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 : _____