

A. Informations sur l'enfant (veuillez inscrire en majuscules)

Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	

B. Coordonnées du parent/tuteur légal

Parent/tuteur légal (veuillez inscrire le nom en majuscules) : _____

Relation (mère, père, tuteur légal, etc.) : _____

de téléphone primaire : _____ Courriel : _____

C. Source du renvoi

<p>Où l'enfant a-t-il été observé ?</p> <p>Nom de l'agence/organisme : _____</p> <p>Type d'agence/organisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Centre EarlyOn <input type="radio"/> Centre de garde d'enfants <input type="radio"/> Garderie d'enfants à domicile agréée : <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Région de Niagara <input type="radio"/> Wee Watch 	<p>Qui a complété le renvoi ?</p> <p>Nom : _____</p> <p>Rôle : _____</p> <p>Nom de l'agence/organisme (si différent de celui/celle où l'enfant a été observé) : _____</p>
---	---

D. Autres informations

La liste de contrôle de renvoi vers les services d'orthophonie a été complétée :

- Selon le calendrier de QCCN (6-8 semaines après le début de la garde d'enfants ou de l'anniversaire de l'élaboration de la première liste de contrôle)
- Sur préoccupation/demande du parent/tuteur, en dehors du calendrier de QCCN
- Sur préoccupation de l'éducateur, en dehors du calendrier de QCCN

Veuillez vous assurer que :

- L'enfant habite dans la région de Niagara (peu importe l'endroit où il fréquente la garderie)
- La liste de contrôle de renvoi vers les services d'orthophonie est jointe
- L'enfant ne fait pas déjà l'objet ou n'est pas déjà en attente de services d'orthophonie au Niagara Children's Centre

La langue première/principale n'est pas la langue de la garderie :

- Interprète nécessaire? O N Si oui, dans quelle langue? _____
- Un interprète sera-t-il nécessaire pour compléter le processus d'admission par téléphone? O N
- La source du renvoi peut-elle confirmer QU'IL EXISTE des préoccupations dans la langue principale de l'enfant? O N

F. Consentement/Divulgateion d'informations

- Je confirme que je suis un parent ayant la garde ou un tuteur légal de cet enfant
- Je consens au renvoi pour une évaluation d'orthophonie au Niagara Children's Centre
- Je consens au partage d'informations concernant mon enfant entre Niagara Children's Centre et toutes/tous les agences/organismes répertoriés sous « Source de renvoi »

Nom du parent/tuteur légal (veuillez inscrire le nom complet EN MAJUSCULES) : _____

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date de signature (JJ/MM/AAAA) : _____