



# FORMULAIRE DE RENVOI DE LA NAISSANCE À LA RENTÉE SCOLAIRE VERS LES SERVICES D'ORTHOPHONIE POUR QUALITY CHILD CARE NIAGARA

Tél : 905-688-1890 poste 110 | Fax : (905) 688-9181  
567 Glenridge Avenue, St. Catharines, ON L2T 4C2

*\* Portail de référence disponible sur  
le site Web du Centre pour enfants  
de Niagara si vous préférez\**

Formulaire complété le (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## Section 1 : Informations sur l'enfant

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Code postal et ville de l'adresse du domicile de l'enfant \_\_\_\_\_

Langue maternelle de l'enfant \_\_\_\_\_

### Préoccupations supplémentaires

**Veillez énumérer brièvement toute autre préoccupation concernant le développement de l'enfant dans l'espace ci-dessous.**

**Important :** Le fait de fournir ces informations ne veut pas dire que vous effectuez un renvoi vers d'autres services du Centre. Ces informations aideront cependant à orienter la conversation du coordonnateur d'accueil avec le parent/tuteur légal afin d'assurer que tous les renvois appropriés vers le centre et communautaires seront effectués conformément aux critères d'éligibilité établis par le centre et aux cheminements vers les services communautaires.

---

---

---

---

---

---

## Section 2 : Coordonnées de contact du parent/tuteur légal

Nom et prénom du parent/tuteur légal (veuillez inscrire en majuscules) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant (parent, tuteur légal) : \_\_\_\_\_

# de téléphone principal : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone cellulaire (pour les rappels par texto) : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Même que le # principal

## Section 3 : Informations sur le demandeur

Entrez les informations sur la personne qui effectue le renvoi (et NON le parent/tuteur légal).

Nom de l'agence/organisme où l'enfant a été observé) : \_\_\_\_\_

Qui a complété le renvoi ? (Veuillez écrire le prénom et le nom en majuscules) : \_\_\_\_\_

Rôle : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Type d'agence/organisme :

- Centre On y va       Centre de garde d'enfants       Garderie d'enfants à domicile agréée (Wee Watch)
- Garderie d'enfants à domicile agréée (Région de Niagara)
- 

#### **Section 4 : 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 annuel de l'élaboration de la dernière 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.

**Veillez 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 Centre pour enfants de Niagara.

**Veillez indiquer si l'enfant est impliqué avec un :**

- Consultant en ressources :  OUI     NON     Renvoi en cours
  - Si oui ou en cours, indiquez le nom et l'agence : \_\_\_\_\_
- Consultant en comportement QCCN :  OUI     NON     Renvoi en cours
  - Si oui ou en cours, nom : \_\_\_\_\_

**Si la langue première de l'enfant/de la famille n'est pas la langue primaire de la garderie :**

Le service est disponible en anglais et en français.

- Le parent/tuteur légal aura-t-il besoin d'un interprète pour une autre langue lors de l'appel d'admission ?  
 Oui     Non  
Si oui, indiquez la langue parlée, y compris le dialecte, pour un interprète \_\_\_\_\_
  - Allez-vous (le demandeur) fournir de l'aide lors de l'appel d'admission ?  
 Oui, un parent/tuteur aura besoin de mon aide pour répondre aux questions lors de l'appel d'admission.  
 Non, un parent/tuteur peut répondre de manière indépendante aux questions lors de l'appel d'admission.
  - Pouvez-vous (le demandeur) confirmer que le parent/tuteur a des préoccupations concernant la langue principale de l'enfant ?  
 Oui     Non
-

**Section 5 : Consentement/Divulgence d'informations**

- Je confirme que je suis un parent ayant un pouvoir décisionnel OU un tuteur légal de cet enfant.
- Je consens au renvoi pour une évaluation d'orthophonie au Centre pour enfants de Niagara.
- J'accepte d'ajouter ces renseignements personnels sur la santé au dossier de santé électronique du Centre pour enfants de Niagara. Je comprends que le Centre pour enfants de Niagara est financé par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires et j'accepte que ces informations soient ajoutées à la base de données du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires.
- J'accepte le partage d'informations concernant mon enfant entre le Centre pour enfants de Niagara et toutes les agences/organisations répertoriées sous « Informations sur le demandeur ».

**Si applicable :**

- J'accepte d'envoyer ces informations personnelles sur la santé au Centre pour enfants de Niagara via le portail de renvoi en ligne sécurisé.
- J'accepte le partage d'informations concernant mon enfant entre le Centre pour enfants de Niagara et **l'agence de consultants en ressources et/ou le consultant en comportement du QCCN** connecté au fournisseur de services de garde d'enfants de mon enfant indiqué ci-dessus. Ce consentement est valable si mon enfant est activement en service auprès de ces consultants ou si le service est initié dans l'année suivant la date ci-dessous.

**Nom du parent/tuteur légal** (Veuillez écrire le nom complet en MAJUSCULES) : \_\_\_\_\_

**Signature du parent/tuteur légal** : \_\_\_\_\_

**Date de signature** (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_