



### Information sur l'enfant/le jeune

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance\* : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° d'app./unité : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_

*\* Si l'enfant a 12 ans et plus, l'enfant/le jeune doit autoriser la demande en signant au bas du formulaire.*

### Renseignements sur le parent/tuteur légal (mandataire spécial)\*\*

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° d'app./unité : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_

*\*\* Vous pourriez être invité à fournir des documents prouvant que vous êtes le mandataire spécial autorisé.*

**Rectification demandée :** (Veuillez décrire les renseignements qui doivent être rectifiés, les raisons pour lesquelles les renseignements sont inexacts ou incomplets, et fournir les rectifications à apporter.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature de l'enfant/du jeune : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Veuillez remplir le formulaire et l'envoyer par télécopieur à Dossiers cliniques au 905 696-0350, **OU** par la poste à Dossiers cliniques d'EveryMind, 85A Aventura Court, Mississauga (Ontario) L5T 2Y6. Pour plus de renseignements, appelez le responsable des dossiers cliniques au 905 795-3500, poste 2323.

Réservé à l'usage du bureau :

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Date de réception de la demande : \_\_\_\_\_ Date de notification du responsable : \_\_\_\_\_

Résultat de la demande, incluant la date de résolution : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_