



Renseignements 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. (cell.) : _____

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

Type de renseignements demandés :

- Renseignements sur l'admission
- Rapports préparés par EveryMind (p. ex., évaluations, plans de traitement, rapports psychiatriques et psychologiques, résumés de services)
- Rapports reçus de sources externes contenus dans le dossier d'EveryMind
- Autres renseignements (veuillez préciser) : _____

Méthode préférée d'accès aux dossiers : Examiner l'original Recevoir une copie

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 réponse à la demande : _____