

- Le parent/la tutrice ou le tuteur a consenti à cet aiguillage.  
Veuillez composer le 519-354-0520, poste 0, pour obtenir plus de renseignements à propos de nos services.

Date : \_\_\_\_\_ Langue de préférence : \_\_\_\_\_  Anglais  Français  Autre : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe à la naissance :  Masculin  Féminin Allergies : \_\_\_\_\_  Aucune

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom(s) du tuteur légal et/ou de la tutrice légale : \_\_\_\_\_ Lien avec le client : \_\_\_\_\_

No de téléphone du tuteur légal et/ou de la tutrice légale : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_  Consentement général et au chiffrement

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Service(s) demandé(s)

e 0 à 6 ans :  Physiothérapie  Ergothérapie  Orthophonie

Audiologie :  Enfant  Adulte

Pour tous les aiguillages vers des services de réadaptation en milieu scolaire et l'évaluation du processus auditif central (PAC – à partir de la 1<sup>re</sup> année), veuillez communiquer avec la direction d'école ou l'enseignant(e) ressource.

Veuillez décrire vos préoccupations : \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui remplit ce formulaire : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Le Centre de traitement des enfants de Chatham-Kent communiquera avec la famille par téléphone après la réception de ce formulaire d'aiguillage. Après l'avoir rempli, veuillez l'envoyer par courriel à [info.forwarding@childrenstreatment-ck.com](mailto:info.forwarding@childrenstreatment-ck.com), par télécopieur au 519-354-7355 ou par la poste à l'adresse postale indiquée ci-dessous.