



Richmond Supported Child Development Program
#280 – 7000, Minoru Blvd
Richmond, BC V6Y 3Z5
Téléphone : 604-279-7010 Télécopieur : 604-279-7048

PROGRAMME DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT
FORMULAIRE DE DEMANDE / RECOMMANDATION

Veillez compléter le formulaire en entier et inclure tous les documents en appui à cette demande de services. Il peut s'agir de rapports rédigés par un médecin, un orthophoniste ou un pathologue du langage, un ergothérapeute ou un physiothérapeute, un consultant en PPI, ou par des infirmiers et des professionnels en milieu de garde ou autres consultants du PSDE. Pour tout complément d'information sur les documents à joindre, contactez Carrie McLellan, coordinatrice du programme, au 604 279-7016.

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE ET L'ENFANT :

Nom de l'enfant :	Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
Adresse à la maison :	Code postal :	Numéro de téléphone :
Parent / tuteur :	Lien de parenté :	Date de naissance :
Adresse à la maison :	Code postal :	Numéro de téléphone :
Parent / tuteur :	Lien de parenté :	Date de naissance :
Adresse à la maison :	Code postal :	Numéro de téléphone :

Frères et sœurs :	Sexe :	Date de naissance :
	Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/>	
	Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/>	
	Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/>	
	Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/>	

Autres personnes habitant la maison :	Lien de parenté avec l'enfant :

Êtes-vous un citoyen canadien? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si NON, quel est votre statut?
--	--------------------------------

Comment préférez-vous être contacté ? téléphone télécopieur poste courriel _____

Langue parlée à la maison : _____ Besoin d'un interprète ? Oui / Non

FORMULAIRE DE DEMANDE / RECOMMANDATION POUR LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT – PAGE 3

Les rapports d'évaluation, s'ils sont disponibles, sont nécessaires afin de déterminer l'éligibilité de votre enfant au programme de soutien au développement de l'enfant.

Veuillez indiquer votre consentement (ci-dessous) à ce que ces rapports soient joints à ce formulaire de recommandation.

CONSENTEMENT :

Je consens à la diffusion de cette demande de recommandation et des documents en appui rédigés par les fournisseurs de services énumérés ci-dessus :

Richmond Supported Child Development Program Oui Non (initiales)

Programme de garde d'enfant, incluant _____ Oui Non (initiales)
(nom du programme de garderie)

Signature du parent/tuteur _____ Date _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE FAISANT LA RECOMMANDATION

Nom de la personne faisant la recommandation ou assistant à la recommandation de la famille : _____

Organisme faisant la recommandation (si ce n'est pas la famille) : _____

Numéro de téléphone : _____

Je consens à ce que cet organisme fournisse des renseignements par écrit ou verbaux sur mon enfant (dans les cas où il ne s'agit pas de la famille) :

Richmond Supported Child Development Program Oui Non (initiales)

Signature du parent / tuteur Date

Signature du témoin à la demande de recommandation Date

FOR INTERNAL USE ONLY

Date Referral Received: _____ Referral Received By: _____

Designated SCD Consultant /Intake Consultant: _____

Date SCD Support Services Initiated: _____

Notes: _____

