



Installation : _____

ÉQUIPE D'INTERVENTION JEUNESSE

☐ DEMANDE (ÉIJ) (Consultation-médiation)

☐ DEMANDE PSI (JEUNESSE-ÉIJ)

Dossier : _____

Nom, prénom : _____,

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA MM JJ

NAM: _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR :

Nom :	Profession :
Organisme :	☎ Téléphone :

MOYENS DE CONCERTATION ANTÉRIEURS (concertation clinique, support conseil, PSI régulier, etc.)

AVEZ-VOUS DISCUTÉ DE LA SITUATION AVEC VOTRE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT * AGENTE DE LIASON, OU SAC ?

Oui ☐ Non ☐

Il faut vous adresser à lui avant de soumettre une demande à défaut de non traitement de la demande ÉIJ

COORDONNÉES DU JEUNE :

Adresse :		Ville :
Code postal :	Tél. rés. :	Cellulaire :
Courriel :		
Langue utilisée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :		
Nom et prénom du médecin de famille :		
Le jeune prend-il de la médication ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle :		

FRÉQUENTATION SCOLAIRE :

École :	Niveau :
Garderie :	Classe adaptée :

CONTEXTE FAMILIAL :

Milieu de vie de l'enfant : ☐ Famille naturelle ☐ Famille d'accueil ☐ Centre de réadaptation ☐ Autre
Si autre que famille naturelle, nom : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____ N° DOSSIER : _____

IDENTIFICATION DES PARENTS :

MÈRE		PÈRE	
Nom et prénom :		Nom et prénom :	
DDN :		DDN :	
Adresse (si diffère du jeune) :		Adresse (si diffère du jeune) :	
Ville :	Code postal :	Ville :	Code postal :
Tél. rés. :	Tél. trav.:	Tél. rés. :	Tél. trav.:
Cellulaire. :		Cellulaire :	
Garde : ☐ Physique ☐ Légale		Garde : ☐ Physique ☐ Légale	
Conjoint(e) :		Conjoint(e) :	

FRATRIE :

NOM : _____	NOM : _____
DDN : _____	DDN : _____
NOM : _____	NOM : _____
DDN : _____	DDN : _____

PORTRAIT FAMILIAL (génogramme, événement marquant, séparation, deuil, etc.) :

--	--

EXPLICATION DE LA PROBLÉMATIQUE/ENJEUX DE LA SITUATION

--

HISTORIQUE DES SERVICES REÇUS ET/OU EN COURS

Type de service	Organismes impliqués	Noms et coordonnées	Début intervention	Fin intervention

INFORMATIONS SUR LE PLAN SCOLAIRE (historique scolaire, plan d'intervention, attitudes et comportements, capacité académique, relation avec les pairs, etc.) :

INFORMATION SUR LE PLAN MÉDICAL ET PSYCHOSOCIAL (diagnostics particuliers, besoin de services, déficience physique ou intellectuelle, problèmes de consommation, etc.)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ N° DOSSIER : _____

RÉSULTATS ATTENDUS

Signature du demandeur

Établissement

Date (AAAA-MM-JJ)

TRANSMISSION DE VOTRE DEMANDE

1. Joindre le consentement signé par les parents et/ou le jeune âgé de 14 ans et plus.
2. Joindre tout rapport et/ou évaluation que vous jugez complémentaires à la compréhension de votre demande.
3. Veuillez faire parvenir votre demande par courrier électronique à :

Courriel : coordination.eij.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca