Demande de Counseling en santé mentale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Veuillez fournir les renseignements ci-dessous concernant la personne que vous souhaitez aiguiller.** | | |
| **Date :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer la date | | |
| **Nom de la personne :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | **Prénom de la personne :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | |
| **Date de naissance :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer la date | **Genre :** ☐Homme ☐Femme ☐Autre | |
| **Adresse :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | **Code postal :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | |
| **No de téléphone :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | **Autre no de téléphone :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | |
| **Courriel :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | | |
| **Meilleure façon de communiquer :** ☐Téléphone ☐Autre no de tél. ☐Courriel ☐Texto | | |
| **Personne avec qui vit l’enfant (indiquer le lien) :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | | |
| **Garde ou modalités de visite :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | | |
| **École :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | | **Année :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte |
| **Autres organismes impliqués :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | | |
| **Raison de l’aiguillage :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | | |
| **La personne a-t-elle accepté l’aiguillage?** ☐Oui ☐Nos ☐S.O. | | |
| **A-t-on informé les parents de l’aiguillage?** ☐Oui ☐Non ☐S.O. | | |
| **Responsable de l’aiguillage :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | **Organisme orienteur :** Cliquer ou appuyer ici pour entrer le texte | |

**Veuillez envoyer les demandes par télécopieur au 613 546-3881 ou par courriel à** [**intake@maltbycentre.ca**](mailto:intake@maltbycentre.ca)

**Maltby Centre**

**31 Hyperion Court, Suite 100, Kingston, ON K7K 7G3**

**613-546-8535 / Maltbycentre.ca**