



## Programme de développement du nourrisson et de l'enfant

### Formulaire d'inscription

433, rue McIntyre Ouest, North Bay ON P1B 2Z3  
Tél. : (705) 472-0910 Téléc. : (705) 667-0280



Children's Aid Society  
La Société d'aide à l'enfance  
NIPISSING & PARRY SOUND

Nom :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance :		Âge :	Gestation :
Poids à la naissance :		Apgar :	
Mère :		Date de naissance :	
Adresse :			
Cellulaire :	<input type="checkbox"/> Maison Autre :		
Père :		Date de naissance :	
Adresse :			
Cellulaire :	<input type="checkbox"/> Maison Autre :		
Organisme effectuant la demande :			
Date de la demande :		Auteur(e) de la demande :	
Médecin de famille :		Pédiatre :	
Raison(s) de la demande :			
Garde de l'enfant : (par exemple, garde conjointe, garde par les parents biologiques, soins conformes aux traditions, famille d'accueil, garde par la famille élargie)			
Veuillez cocher ci-dessous les services communautaires que vous autorisez le PDNE à contacter pour mieux coordonner les services. Vous pouvez révoquer votre consentement en tout temps en communiquant avec votre intervenant(e) du PDNE.			
<input type="checkbox"/> Garderie agréée	Nom :	<input type="checkbox"/> Société d'aide à l'enfance	<input type="checkbox"/> Programme d'action communautaire pour les enfants/Programme canadien de nutrition prénatale
		Nom de l'intervenant(e) :	Nom de l'intervenant(e) :
<input type="checkbox"/> Bébés en santé, enfants en santé	Nom de l'intervenant(e) :	<input type="checkbox"/> MAINSLeréseaudaideauxfamilles.ca	<input type="checkbox"/> La place des enfants
		Nom de l'intervenant(e) :	Thérapeute :
<input type="checkbox"/> Autre(s) Indiquez le nom de l'organisme et de l'intervenant(e) :			
<b>CONSENTEMENT OBLIGATOIRE D'UN TUTEUR LÉGAL À LA DEMANDE</b>			
**Le programme a été présenté à un tuteur légal et le tuteur légal est d'accord avec la demande. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
**Le tuteur légal consent à l'échange d'information entre le Programme de développement du nourrisson et de l'enfant et l'organisme/la personne qui effectue la demande. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
**Comment le consentement du tuteur légal a-t-il été obtenu? <input type="checkbox"/> Consentement verbal <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Signature			
Signature d'un tuteur légal : _____ Date :			
*Note : La signature n'est pas requise lorsque le consentement est verbal.			
<i>En tant que tuteur légal, je donne mon consentement à la communication de renseignements personnels, y compris les miens et ceux de l'enfant, à l'auteur(e) de la demande dont le nom est indiqué sur ce formulaire et avec le Programme de développement du nourrisson et de l'enfant. Je comprends que ces renseignements pourront être utilisés par le Programme de développement du nourrisson et de l'enfant à des fins de recherche et d'évaluation, de façon anonyme et conforme aux règles éthiques des trois conseils subventionnaires de la recherche, et je consens à cette utilisation des renseignements. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps en soumettant une demande par écrit au superviseur ou à la superviseure du Programme de développement du nourrisson et de l'enfant.</i>			

**\*\*Information obligatoire**

Révisé en janvier 2020

Veuillez soumettre par télécopieur au 705-667-0280 ou par courriel : [earlyinterventionservices@parnipcas.org](mailto:earlyinterventionservices@parnipcas.org)