

Demande aux Services externes pour enfants autistiques de Winnipeg

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Nom du parent : _____

Téléphone 1 : _____

Téléphone 2 : _____

Courriel : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____

Diagnostic établi par : _____

Mon enfant est :

☐ À la maison avec un
parent

☐ Dans un programme de
prématernelle

☐ En garderie

 (nom du programme)

Je compte envoyer mon enfant à la maternelle en septembre 20
 (année)

Ma première langue est :

☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre _____
 (langue)

J'ai besoin de services de traduction pour les communications. ☐ Oui ☐ Non

Autres services reçus actuellement :

Travailleur des services
communautaires _____

Conseiller en développement de
l'enfant _____

Orthophoniste _____

Ergothérapeute _____

Autre _____

☐ Le nom de mon enfant est aussi sur la liste d'attente du programme préscolaire de St. Amant.

Échange de renseignements entre services d'intervention précoce

Si j'ai présenté une demande aux programmes d'autisme de St. Amant et aux Services externes pour enfants autistiques, je comprends que quand mon enfant commencera à recevoir des services complets d'un de ces programmes (ce qui ne comprend PAS la participation au modèle de soutien aux parents), il ne pourra plus rester sur la liste d'attente de l'autre programme. Si les Services externes pour enfants autistiques offrent des services à mon enfant en premier, je peux accepter et le nom de mon enfant sera alors rayé de la liste d'attente pour les programmes d'autisme de St. Amant. Je peux aussi refuser l'offre des Services externes pour enfants autistiques au moment en question et conserver ma place sur la liste d'attente des programmes d'autisme de St. Amant. Afin de permettre aux deux programmes de gérer efficacement leur liste d'attente respective, les programmes d'autisme de St. Amant et les Services externes pour enfants autistiques échangent uniquement les renseignements pertinents sur les décisions de la famille à propos du choix de service.

Je comprends que les programmes d'autisme de St. Amant et les Services externes pour enfants autistiques échangeront des renseignements à propos de la situation de mon enfant sur leurs listes d'attente respectives.

☐ Oui _____
 (paraphe)

Échange de renseignements sur le diagnostic de votre enfant

Une évaluation du développement confirmant le diagnostic est exigée pour terminer cette demande. Si vous n'avez pas de copie de l'évaluation du développement ou de l'évaluation psychologique confirmant le diagnostic, vous pouvez signer l'autorisation de divulguer des renseignements ci-jointe et nous pourrions obtenir une copie de l'évaluation du Centre de consultation en développement de l'enfant ou du praticien qui a établi le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) de votre

☐ J'ai lu et compris l'information sur les Services externes aux enfants autistiques.

Signature du parent ou tuteur

Date de
signature

Nom du parent ou tuteur en lettres
moulées

Signature du parent ou tuteur

Date de
signature

Nom du parent ou tuteur en lettres
moulées

Autorisation de divulguer des renseignements

Je/Nous _____ parents/tuteurs de
_____, autorise/autorisons par la présente
(date de
naissance : _____)

les Services externes aux enfants autistiques à échanger des renseignements confidentiels sur le diagnostic, l'évaluation et le traitement de mon/notre enfant avec les personnes et organisations suivantes :

**Centre de consultation en développement de
l'enfant**

(nom de la personne ou organisation)

(nom de la personne ou organisation)

(nom de la personne ou organisation)

(nom de la personne ou organisation)

Je comprends/Nous comprenons que ces renseignements seront traités de manière confidentielle et seront utilisés à des fins d'évaluation, de consultation et de planification du traitement.

Signature du parent ou tuteur

Date de signature

Signature du parent ou tuteur

Date de signature