

Merci de remplir les informations directement sur ce formulaire PDF.

Adulte nécessitant des services

Prénom :

Nom :

Sexe : F M

Date de naissance :

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) :

Adresse (maison) :

Lieu de l'intervention (plusieurs choix possibles)

Maison

Autre :

Adresse du lieu d'intervention :

Description du problème

Service recherché (plusieurs choix possibles)

Orthophonie ou stimulation du langage
Psychoéducation ou éducation spécialisée
Orthopédagogie
Travail social

Autre :

Type d'intervention (plusieurs choix possibles)

Évaluation
Intervention
Consultation

Autre :

Informations additionnelles

Consentement

En remplissant ce formulaire, je consens à ce qu'Envol Psychosocial partage de ces informations afin de trouver un intervenant.

Dans le cadre de son mandat, le professionnel sera autorisé à :

- Tenir un dossier au nom de la personne précitée
- Compléter une évaluation
- Effectuer des rencontres d'intervention
- Échanger avec les membres de l'équipe d'Envol Psychosocial pour mettre de l'avant les meilleures pratiques

Transmission de documents

Si vous avez en votre possession des rapports professionnels pertinents (orthophonie, audiologie, ergothérapie, psychologie, psychoéducation, neuropsychologie, orthopédagogie, travail social, éducation spécialisée, etc.), veuillez-nous en faire parvenir une copie par e-mail. Le professionnel pourra ainsi avoir une meilleure compréhension de ses besoins.

Votre nom atteste la validation du contenu :

Date :

S.V.P. Envoyer le formulaire complété à client@envolpsychosocial.com