
ENFANT DE MOINS DE 12 ANS

Nom de famille : Prénom :

Garçon Fille

Date de naissance :

Adresse : Code postal : Téléphone :

Parent ou tuteur : Lien avec l'enfant :

Personne-ressource de remplacement : Numéro de téléphone :

Nom de l'école : Tél. de l'école :

Langue préférée : Anglais Français Autre

COMPORTEMENT OFFENSANT/PRÉOCCUPANT

Date de l'incident (le cas échéant) : Heure de l'incident (s'il y a lieu) :

Décrire l'incident et/ou les préoccupations (veuillez décrire en détail) :

Décrire le dommage ou le préjudice :

Y a-t-il eu une intervention policière auprès de cet enfant? Oui Non Inconnu

Si la réponse est oui, veuillez décrire le type d'intervention de la part des policiers :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AIGUILLAGE

Nom de la personne à l'origine de l'aiguillage : Lien avec l'enfant :

Adresse : Code postal : Téléphone :

Veuillez fournir tout autre renseignement concernant cet enfant (antécédents familiaux, handicap de l'enfant, intervention des Services à l'enfant et à la famille, forces de la famille, etc.) :

Le parent/tuteur sait-il que vous faites un aiguillage vers le programme Volte-face? Oui Non

Le parent/tuteur légal a-t-il donné son consentement pour échanger des renseignements avec le programme Volte-face? Oui Non

Si la réponse est non, le parent/tuteur légal a-t-il refusé la transmission de renseignements? Oui Non