

DEMANDE DE SERVICE DE SUPERVISION DES DROITS D'ACCÈS

Organisme SDA visé:

 <p><input type="checkbox"/> Maison de la famille D.V.S. 1725, 1^{ère} Avenue Québec G1L 3L8 418-523-0472 FAX : 418-523-1162 maisondvs1725@gmail.com</p>	 <p><input type="checkbox"/> CERF Volant de Portneuf 189, rue Dupont, local 171 Pont Rouge G3H 1N4 418-873-4557 FAX : 418-873-4135 info@cerfvolantdeportneuf.org</p>	 <p><input type="checkbox"/> Service familial d'accompagnement supervisé (SFAS)* 1239-A, 3 Avenue Québec G1L 2X8 418-521-2104 FAX : 418-521-5268 sfas@bellnet.ca</p>
 <p><input type="checkbox"/> Maison de la famille D.A.C. 5560, 1 Avenue Québec G1H 2V7 418-623-5705 FAX : 418-623-7904 maison.famille.dac@videotron.ca</p>	 <p><input type="checkbox"/> Maison de la famille de Charlevoix 37, rue Laure-Conan La Malbaie G5A 1H8 418-665-3282 FAX : 418-665-4924 info@mfcharlevoix.com</p>	

SECTION A – DONNÉES SUR LE RÉFÉRENT

Organisme ou service affilié : _____

Nom du référent : _____ Fonction : _____

Téléphone (poste) : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

SECTION B – DONNÉES D'IDENTIFICATION – Enfant (s) concerné (s) par la demande

Nom, prénom	Sexe	Date de naissance	Problème de santé à signaler	Parent gardien	Parent visiteur
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____

SECTION C – DONNÉES D'IDENTIFICATION – Responsables légaux

Nom, prénom	Lien avec l'enfant concerné par la demande	Adresse (Ajouter adresse courriel si connue)	Téléphone	Avocat	Téléphone de l'avocat

Coordonnées du lieu de résidence si autre que les parents :

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

Personne qui assume le transport : _____

SECTION D – MANDAT ET MODALITÉS

Le mandat est :

- Visite
- Échange
- Sortie (SFAS*)

Autre (visioconférence, contact téléphonique...) : _____

Inscrire coordonnées : _____

Motifs de la supervision

Cliquez ici pour entrer du texte.

Comportements ou situations à surveiller par les intervenants (particularités)

Cliquez ici pour entrer du texte.

Selon les disponibilités de la ressource, les modalités sont :

- Durée de l'entente (nombre de semaines ou mois) : _____
- Fréquence (hebdomadaire, bimensuelle, mensuelle) : _____
- Jour des contacts ou échanges : _____
- Durée du contact : _____
- Heures des contacts ou échanges : De : _____ À : _____
- Date de révision du dossier : _____

Le référent s'engage à :

- Communiquer avec un responsable de l'organisme avant la première visite ou échange;
- Faire un suivi du dossier (changement d'intervenant, informations pertinentes pour la supervision des droits d'accès, changement dans les modalités);
- Transmettre à l'organisme l'autorisation de divulgation de renseignements signée par les deux parents.

Signature du référent

Date