



Nom: \_\_\_\_\_

Mère: \_\_\_\_\_

Père: \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

DNA: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Exp: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_

Médecin de famille

## Fiche d'inscription à la plateforme de dépistage - Agir tôt

Date de référence : 20\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Secteur : \_\_\_\_\_

NOM, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier ICLSC : \_\_\_\_\_ NAM : \_\_\_\_\_

Naissance multiple  OUI  NON Prématuré  OUI  NON Nb de semaine(s) de prématurité : \_\_\_\_\_

Référence vaccination 18 mois

NOM, prénom du référent : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du référent : \_\_\_\_\_

Motif de référence pour la plateforme / inquiétudes observées : \_\_\_\_\_

Intervenant au dossier  OUI  NON

NOM, prénom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'intervenant : \_\_\_\_\_

NOM, prénom du parent / répondant : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du parent / répondant : \_\_\_\_\_

Adresse courriel du parent / répondant : \_\_\_\_\_

Besoin d'accompagnement pour remplir les questionnaires

Nom du référent : \_\_\_\_\_ Numéro de permis (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Date : 20\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Faire parvenir par télécopieur au **819 732-1429**

ou par courriel au [08.ciSSat.info.agir.tot@ssss.gouv.qc.ca](mailto:08.ciSSat.info.agir.tot@ssss.gouv.qc.ca)

Nous joindre : **1 833 602-AGIR (2447)**