



Nom: _____
Mère: _____ DNA: _____
Père: _____ Sexe: _____
RAMQ: _____ Exp: _____ Âge: _____
Adresse: _____

Médecin de famille

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

Date de référence : _____
Année Mois Jour

Ville : _____

NOM, prénom de l'enfant : _____

Numéro de dossier ICLSC : _____

NAM : _____

Naissance multiple OUI NON

Prématuré OUI NON

Nb de semaine(s) de prématurité : _____

NOM, prénom du référent : _____

Lien avec l'enfant : _____

Numéro de téléphone : _____

Motif de référence pour la plateforme / inquiétudes observées : _____

Intervenant au dossier OUI NON

Programme / organisme : _____

NOM, prénom de l'intervenant : _____

Numéro de téléphone : _____

NOM, prénom du parent #1 / responsable légal : _____

Lien avec l'enfant : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Parent séparé Oui Non

NOM, prénom du parent #2 : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Numéro de téléphone : _____

Référence vaccination 18 mois

Besoin d'accompagnement pour remplir les questionnaires

Faire parvenir par télécopieur au 819 732-1429

ou par courriel au 08.ci:ssat.info.agir.tot@ssss.gouv.qc.ca

Nous joindre : 1 833 602-AGIR (2447)