

Toute personne peut recommander un enfant âgé de 2 ans et 8 mois à 5 ans et 10 mois pour un dépistage. Une évaluation de l'éducation spécialisée ne peut commencer qu'après qu'un parent/tuteur a fourni son consentement écrit.

Date d'aujourd'hui : *
mm/jj/aaaa

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT (* Indique un champ obligatoire.)

A

Prénom de l'enfant *

Nom de famille de l'enfant *

Date de naissance *

Sexe *

- Féminin
- Masculin
- Non binaire

Race/origine ethnique (cochez ce qui s'applique.) *

- Asiatique
- Indien d'Amérique/Autochtone d'Alaska
- Noir
- Autochtone d'Hawaï/Autre insulaire du Pacifique
- Blanc

Hispanique/Latino *

- Oui
- Non

Type d'école ou de garderie *

- École privée ou religieuse
- École publique à charte
- Écoles publiques de DC
- Inconnu
- Centre de développement de l'enfant
- Pas inscrit

Nom de l'école ou de la garderie *

Nom du parent/tuteur *

Relation avec l'enfant

Téléphone principal *

Adresse postale *

Autre téléphone

Ville/État/Code postal *

E-mail *

Langue principale du parent/tuteur *

Langue principale de l'enfant *

Motif de la recommandation *

L'enfant recommandé reçoit-il actuellement ou a-t-il déjà reçu l'un des éléments suivants ? (cochez ce qui s'applique.) *

- Évaluation (c.-à-d. : développement, parole, ergothérapie/physiothérapie, etc.)
- IEP
- Dépistage de l'audition et de la vision
- IFSP
- Dépistage du développement (c.-à-d. : ASQ, PEDS, M-CHAT, etc.)
- Plan de services (ISP)

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE FAISANT LA RECOMMANDATION (À remplir uniquement si vous n'êtes pas le parent.)

B

Ces renseignements nous aident à servir la famille, mais ne sont pas nécessaires pour faire une recommandation.

Organisation

Nom

Adresse e-mail

Téléphone

Tél. de l'organisation

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESTATAIRE DE SANTÉ (veuillez remplir si possible).

C

Ces renseignements nous aident à servir la famille, mais ne sont pas nécessaires pour faire une recommandation.

Nom du prestataire de santé

E-mail du prestataire de santé

Téléphone du prestataire de santé

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSISTANT SOCIAL (veuillez remplir si possible).

D

Ces renseignements nous aident à servir la famille, mais ne sont pas nécessaires pour faire une recommandation.

Cet enfant est pris en charge par l'Agence des services à l'enfance et à la famille (CFSA)

Nom de l'assistant social

E-mail de l'assistant social

Tél. de l'assistant social

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE EARLY STAGES ?*

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Annonce Google | <input type="checkbox"/> Publicité dans une publication imprimée | <input type="checkbox"/> École | <input type="checkbox"/> Employé d'Early Stages |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn | <input type="checkbox"/> Atelier d'Early Stages | <input type="checkbox"/> Garderie | <input type="checkbox"/> Employé de DCPS |
| <input type="checkbox"/> Publicité dans un bus ou abribus | <input type="checkbox"/> Activité de dépistage du développement d'Early Stages | <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Ami ou famille |
| <input type="checkbox"/> Publicité dans une publication en ligne | | <input type="checkbox"/> Pédiatre ou médecin | <input type="checkbox"/> Autre |

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli à referral@earlystagesdc.org (de préférence) ou faxez-le au **(202) 654-6079**.

(202) 698-8037 | info@earlystagesdc.org | www.earlystagesdc.org