



Date: \_\_\_\_\_

**À remplir par la référente ou le référent (s'il y a lieu)**

Référez-vous au nom d'un(e) jeune ? OUI      NON

Si oui, est-il/elle/iel au courant de la référence ? OUI      NON

Nom du référent : \_\_\_\_\_

Information de contact du référent : \_\_\_\_\_

**Informations de référence**

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

Genre : \_\_\_\_\_ Ethnie (facultatif) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aa/mm/jj) – le programme s'adresse aux jeunes de 14 à 24 ans : \_\_\_\_\_

*\*Jeune de moins de 16 ans ? (Le consentement d'un tuteur sera nécessaire)*

Nom et coordonnées de contact du tuteur : \_\_\_\_\_

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

Veuillez fournir les meilleures informations de contact : \_\_\_\_\_

Pouvons-nous laisser un message ? OUI NON Préférence linguistique : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a ou déjà eu un lien avec le système provincial de protection de l'enfance ? Par exemple, avez-vous déjà eu un(e) travailleur(se) social(e), été impliqué(e) avec SEJ (Services d'engagement jeunesse) ou consulté un(e) travailleur(se) social(e) à l'école ? OUI      NON

**Afin de mieux vous soutenir, veuillez répondre aux questions suivante du mieux possible :**

Quelles sont les préoccupations actuelles concernant la santé mentale ? \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a un vécu de traumatisme ? OUI      NON

Avez-vous eu des pensées récentes de mettre fin à votre vie par suicide ? OUI      NON

En cas de danger, veuillez contacter immédiatement le 911.

Information supplémentaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**À remplir par le jeune référé :** J'autorise les membres du personnel de Connexions à communiquer avec des fournisseurs de services afin de mettre en place des services de counseling.

OUI NON

*\*Veuillez noter qu'un formulaire de consentement détaillé vous sera remis avant le début des services de counseling.*

Alliance Pro-Jeunesse  
Siège Social: 487 Rue Brunswick, Fredericton, NB, E3B SL6  
506-462-0323, pfyconnect@partnersforyouth.ca  
www.partnersforyouth.ca

