

ANNEXE A – Formulaire de confirmation du diagnostic

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT (À être complété par le médecin ou le psychologue)

Nom : _____ Sexe : _____

Médecin de famille: _____ Date de naissance : _____
(mm/jj/aaaa)

Diagnostic : Trouble du spectre autistique Langue de service Français Anglais

Outils d'évaluation diagnostique utilisés : _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN QUI POSE LE DIAGNOSTIC (À être complété par le médecin ou le psychologue)

Profession : Médecin : _____
(Spécialité)
 Psychologue
 Autre : _____

Nom : _____

Adresse : _____
(suite, numéro, édifice, rue)

(ville/municipalité/village) (province) (code postal)



Téléphone : _____ Signature : _____
(mm/jj/aaaa)

DEMANDE DE SERVICES (À être complété par le(s) parent(s)/tuteur)

Nom (parent ou tuteur) : _____

Nom (parent ou tuteur) : _____

Adresse postale : _____
(app., numéro, rue)

Adresse postale : _____
(app., numéro, rue)

(ville/municipalité/village)

(ville/municipalité/village)

(province) (code postal) (n° de téléphone)

(province) (code postal) (n° de téléphone)

(adresse courriel)

(adresse courriel)

Signature du parent (ou tuteur)

Signature du parent (ou tuteur)

La signature du parent ou du tuteur ci-dessus indique l'accord avec les informations fournies ci-dessus et fait foi du consentement d'être contacté par le Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance au sujet des services.

Note : On demandera aux parents ou tuteurs de fournir une copie du rapport du diagnostic aux fournisseurs de services.

Veillez envoyer le formulaire rempli à:

Autism/Autisme – Éducaton et Développement de la petite enfance - C.P. 6000 - Place 2000 - 250 rue King - Fredericton, N.-B. E3B 9M9

Ce formulaire est également disponible sur le site GNB à l'adresse suivante:

http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.13836.Services_for_Preschool_Children_with_Autism_Spectrum_Disorders.html