

Demande de renseignements
(en lien avec des problèmes de santé mentale)

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise _____

à fournir à _____ conseiller (ère) en emploi de LA CROISÉE, les renseignements demandés dans le présent document pour constituer mon dossier.

Signature : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS

IDENTIFICATION DU CANDIDAT
(à compléter par le participant)

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
VILLE :	CODE POSTAL :
DATE DE NAISSANCE :	TÉLÉPHONE :
N° ASSURANCE SOCIALE :	NO ASSURANCE MALADIE :

LA CROISÉE est un organisme d'aide à l'emploi — sans but lucratif — pour les personnes vivant une situation de handicap par rapport à l'emploi en raison de leurs limitations fonctionnelles. Ce rapport est pour nous et notre client un outil essentiel à la poursuite des démarches d'intégration au travail.

PROFIL CLINIQUE
(à compléter par le professionnel)

RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE PSYCHIATRIQUE :	_____
CONDITION MENTALE ACTUELLE :	_____
DIAGNOSTIC :	_____

LE FONCTIONNEMENT DE LA PERSONNE EST-IL ALTÉRÉ DE FAÇON SIGNIFICATIVE ET PERSISTANTE?				Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
HOSPITALISATIONS :		Nombre :		Dernière hospitalisation / année :			
				Suivi depuis / année :			
MÉDICATION	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>			
DESCRIPTION :							

EFFETS SECONDAIRES							

AUTRES PROBLÈMES (ALCOOLISME, TOXICOMANIE, ETC.) ET / OU HANDICAP. PRÉCISEZ :							

QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS QUE POURRAIT RENCONTRER LA PERSONNE LORS DE SON INTÉGRATION EN EMPLOI?							

QUELLES SONT VOS RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT À UN RETOUR AUX ÉTUDES ? (Veuillez entourer vos recommandations)							
FAVORABLE ? OUI NON							
NIVEAU : SECONDAIRE COLLÉGIAL UNIVERSITAIRE							
TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL DE JOUR DE SOIR							
COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS :							

Si des frais étaient exigibles, ils devront être à la charge de notre client.

Nom : _____

Profession : _____

Signature : _____

Date : _____