



Le Bourgeon

centre de périnatalité sociale

DEMANDE DE RÉFÉRENCE

Le Bourgeon
604 rue St-Georges
St-Jérôme, J7Z 5B8
Tél : 450-327-5569
Fax : 579-634-3652

Date : _____

Nom et titre (de la personne qui remplit le formulaire): _____

Organisme : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom et prénom de la mère : _____

Nom et prénom du père : _____

Adresse complète : _____

Tél. maison : _____ Cell mère : _____ Cell père : _____

GROSSESSE ET ENFANTS

Grossesse en cours : Oui Non Nombre de semaines : _____

Enfants : Oui Non Nombre : _____ Age: _____

SUIVI MÉDICAL ACTUEL

Médecin pour suivi de grossesse : Oui Non N/A

Médecin pour suivi pédiatrique : Oui Non N/A

RAISON DE LA DEMANDE ET BESOINS

SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Isolement social

Monoparentalité

Précarité financière

Immigration

Instabilité d'hébergement

Violence conjugale

Toxicomanie/Dépendance

Fragilité émotive/Épuisement

Santé mentale

Situation d'abus

Capacités parentales à développer

Autre : _____

J'autorise l'organisme : _____ à faire parvenir au Centre Le Bourgeon toute l'information écrite dans ce formulaire et j'accepte d'être contacté par ceux-ci.

Signature du parent : _____

Envoyer le formulaire rempli au admin@lebourgeon.ca ou par télécopieur au 579-634-3652.