



Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère		
Nom du père			Prénom du père		

INSTALLATION : _____

DEMANDE DE SERVICE VERS MILIEU SCOLAIRE
DÉMARCHE CONCERTÉE TDAH

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

CONSIGNES D'UTILISATION DU FORMULAIRE

À remplir par les médecins ou les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans le cas d'un jeune présentant possiblement un TDAH.

Vous devez annexer le document suivant à ce formulaire :

- Autorisation de communiquer des renseignements signée par l'utilisateur ou son représentant

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE

Démarrer la démarche concertée pour une hypothèse de TDAH

Informations complémentaires : _____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU DU PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

Nom : _____

Titre d'emploi : _____ N° de permis (si requis) : _____

Lieu de travail (nom et adresse) : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Mode de communication souhaité : Courrier Télécopie

FDCU-TDAH-004

_____ Signature _____ Date _____