

Client Information Informations client'		
Client Name Nom du client	Preferred Language Langue de préférence	<input type="checkbox"/> English Anglais <input type="checkbox"/> French Français
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Email Address Adresse de courriel	
Gender Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Cell Phone Number N° de tél. cellulaire	
Parent / Legal Guardian Name (if applicable) Nom du parent ou du tuteur légal (le cas échéant)	Home Phone Number N° de tél. à la maison	
Mailing Address (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box Adresse postale (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale		
City/Town/Village Ville Collectivité ou village	Province/Territory Province ou territoire	Postal Code Code Postal

Referral Source Information Renseignements sur la source de la recommandation		
Referral Source Name & Title Nom et titre de la source de la recommandation		
School:		Community C&Y Office/Region:
Phone number N° de tél	Email Address Adresse de courriel	
Mailing Address (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box Adresse postale (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale		
City/Town/Village Ville Collectivité ou village	Province/Territory Province ou territoire	Postal Code Code Postal

Main Presenting Concern Préoccupation principale énoncée		
<input type="checkbox"/> Behaviour (3-12 yrs) Comportement (3 à 12 ans) <small>*Up to 14 yrs for Parents Empowering Neurodivergent Kids and/or developmental delays *Le programme « Outils nos enfants neurodivergents » est conçu pour les parents d'enfants de 14 ans et moins</small>	<input type="checkbox"/> Anxiety (6-18 yrs) Anxiété (6 à 17 ans)	
	<input type="checkbox"/> Nighttime bedwetting (5-18 yrs) Énurésie nocturne (5 à 12 ans)	
Additional information about the family Renseignements complémentaires sur la famille		
<input type="checkbox"/> Military Family Famille de militaires	<input type="checkbox"/> Family/custody concerns Préoccupations relatives à la famille ou à la garde	<input type="checkbox"/> Other (ex/ diagnosis):

Criteria Critères	SEND Envoyer	DO NOT Send NE PAS envoyer
Behaviour Program (ages 3-12) Programme sur le comportement (3 à 12 ans) <small>*Up to 14 yrs for Parents Empowering Neurodivergent Kids and/or developmental delays *Le programme « Outils nos enfants neurodivergents » est conçu pour les parents d'enfants de 14 ans et moins</small>	✓	
Anxiety Program (ages 6-17) Programme sur l'anxiété (6 à 17 ans) Night time Bedwetting (ages 5-12) Énurésie nocturne (5 à 12 ans)	✓	
Can commit to weekly phone sessions over the next 2-4 months (program dependant) Possibilité de s'engager à des séances téléphoniques hebdomadaires au cours des 2 à 4 prochains mois (dépendant du programme)	✓	
Active psychosis Psychose active		✗
Imminent risk of harm to self/others and/or active suicidal thoughts Risque imminent d'atteinte à l'intégrité physique personnelle ou d'autrui ou pensées suicidaires constantes		✗
Past suicide attempt(s) Tentative(s) de suicide antérieure(s)		✗
Substance use (causing significant impairment) Consommation de stupéfiants (susceptibles d'occasionner une déficience importante)		✗

Some exceptions may be applicable. You can communicate any referral questions to Naomi LeBlanc, Evaluation and Bilingual Services Manager (nleblanc@strongestfamilies.com).

Il peut y avoir quelques exceptions. Vous pouvez communiquer toute question sur l'aiguillage à Naomi LeBlanc, gestionnaire des services bilingues et de l'évaluation (nleblanc@strongestfamilies.com).