

Date d'ouverture du dossier: \_\_\_\_\_

## **FORMULAIRE D'ADMISSION POUR THERAPIE PARENT/TUTEUR (Optionnel)**

À remplir par un parent ou un tuteur du client, si vous souhaitez que le thérapeute connaisse des informations supplémentaires sur votre enfant. **Veillez noter que la confidentialité n'est pas garantie et que ces informations peuvent être partagées avec votre enfant.**

Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant qui souhaite recevoir des services de thérapie:

\_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui remplit ce formulaire: \_\_\_\_\_

Votre relation à l'enfant: \_\_\_\_\_

**Veillez décrire ce qui vous préoccupe à propos de votre enfant:**

**Quelles sont les forces, les compétences et les qualités positives de votre enfant?**

**Y a-t-il autre chose que vous voudriez mentionner?**