Laval, le 29 décembre 2023

**Objet : Demande de références concernant un ou des postulant(s) RTF**

Madame,

Monsieur,

Afin de nous assurer que les enfants que nous confions à des familles d’accueil soient protégés de façon adéquate, nous exigeons des références de nos postulants. Votre collaboration franche et sincère peut nous aider à bien servir les enfants qui nous sont confiés.

Dans le but de nous aider à évaluer le plus adéquatement possible ses (leurs) capacités à remplir ce rôle, nous vous serions reconnaissants de remplir la demande de renseignements ci-jointe et de nous la retourner de l’une des façons suivantes :

* par courriel en copie numérisée à l’adresse : [recrutement.rtf\_jeunesse.cisssslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:recrutement.rtf_jeunesse.cisssslav@ssss.gouv.qc.ca)
* par télécopieur au 450-975-3891
* par la poste à l’adresse : **Centre de protection de l’enfance et de la jeunesse de Laval**

**Service des Ressources RI-RTF**

**308, boulevard Cartier Ouest**

**Laval (Québec)**

**H7N 2J2**

Soyez assuré(e) que les informations reçues sont confidentielles.

Pour toute information supplémentaire relative à la présente demande de référence, vous pouvez communiquer avec le service des ressources du CPEJ au 450-975-4150, poste 61117 ou nous écrire à l’adresse courriel : [recrutement.rtf\_jeunesse.cisssslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:recrutement.rtf_jeunesse.cisssslav@ssss.gouv.qc.ca).

Vous remerciant de votre coopération, nous vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos meilleurs sentiments.

Luc Vallerand

Chef de service des ressources RI-RTF

p.j. Questionnaire

|  |  |
| --- | --- |
| QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL\* | |
| SERVICE DES RESSOURCES  **RÉFÉRENCE MÉDICALE** | |
| 1. **Nom du patient :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 1. **Depuis combien de temps traitez-vous la personne mentionnée?**   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 1. **Est-ce que cette personne prend des médicaments? Si oui, veuillez énumérer ces médicaments?**   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Selon vous, cette médication peut-elle nuire à sa capacité d’exercer son rôle de famille d’accueil?**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 1. **D’après vous, cette personne présente-t-elle une santé physique et mentale adéquate pour devenir famille d’accueil pour enfants?**   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 1. **Considérant son état de santé, recommandez-vous cette personne comme famille d’accueil pour enfants?**   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **Nom du médecin :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Signature :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **Numéro de téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| ***S.V.P. Nous retourner le questionnaire rempli et numérisé***  -par courriel à l’adresse suivante : [recrutement.rtf\_jeunesse.cissslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:recrutement.rtf_jeunesse.cissslav@ssss.gouv.qc.ca)  -par télécopieur au 450-975-3891  -par la poste à l’adresse suivante :  **Centre de protection de l’enfance et de la jeunesse de Laval**  **À l’attention du Service des Ressources RI-RTF**  **308, boulevard Cartier Ouest, Laval (Québec), H7N 2J2** | |
| *L’entière confidentialité des renseignements fournis sera assurée dans la mesure où la divulgation de ces renseignements serait susceptible de nous nuire sérieusement.* | |