

ÉTÉ 2025 SOUTIEN À L'INTÉGRATION DANS LES CAMPS DE JOUR DE LANAUDIÈRE

Marche à suivre pour le soutien à l'intégration Programme Jeunes en difficulté

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSL), par le biais de son **programme Jeunes en difficulté (JED)**, répond à une demande de soutien aux partenaires du comité camp de jour concerté régional visant à offrir une expertise clinique pour soutenir la participation sociale des jeunes dans les situations à risque d'exclusion.

Le service dispensé par le biais de l'équipe jeunesse vise à :

- Offrir un service psychosocial aux jeunes et à leur famille afin de soutenir la pleine participation sociale de ces jeunes en camp de jour, dont la période s'étend du **25 juin au 15 août 2025** inclusivement.

Comment procéder à une demande de service au CISSSL :

Qu'un jeune ait un diagnostic ou non, qu'il soit connu ou non du CISSSLAN : il s'agit de la même démarche.

1. Avec l'autorisation du parent ou du jeune (pour les mineurs de 14 ans et plus), **la personne responsable au camp de jour** transmettra au Guichet régional jeunesse (par télécopieur ou par courriel) le formulaire « **Demande de service- Guichet régional jeunesse** ».
2. À partir d'une analyse des besoins du jeune et de sa famille, la demande sera orientée vers le programme/service requis. * Le délai de prise en charge varie selon le niveau de priorisation.
3. Toujours avec l'accord des parents ou du jeune (14 ans et plus), **la personne responsable au camp de jour** pourrait être appelée par un intervenant du CISSSL dans le cadre de son évaluation ou pour discuter des interventions à préconiser.

GUICHET RÉGIONAL JEUNESSE

Ligne téléphonique pour les partenaires : 1 800-363-1723, poste 434565

Courriel : guichet-regional-jeunesse.ciSSLan@sss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 450 839-7122

ANNEXE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CHDL | <input type="checkbox"/> HEB-Nord |
| <input type="checkbox"/> HPLG | <input type="checkbox"/> HEB-Sud |
| <input type="checkbox"/> CLSC-Nord | <input type="checkbox"/> CR |
| <input type="checkbox"/> CLSC-Sud | |

Site : _____

Prog./Service/Unité : _____



LN0107

Date de naissance *			N° de dossier *		
Année	Mois	Jour			
Nom à la naissance *			Prénom *		
N° d'assurance maladie					
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère			Nom du père		
Les éléments marqués d'une étoile () sont obligatoires					

DEMANDE DE SERVICE GUICHET RÉGIONAL JEUNESSE

Renseignements sur la personne usagère	
Prénom souhaité si différent :	
Pronom(s) :	
Téléphone jeune (+ de 14 ans) :	
Adresse courriel :	
Nom de l'école / garderie :	
Niveau scolaire :	
Identification des parents ou tuteur(s)	
Parent 1 (ou tuteur):	
Parent 2 (ou tuteur):	
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
année Mois jour	Année Mois jour
Adresse :	Adresse :
Téléphone:	Téléphone:
Adresse courriel :	Adresse courriel :
Parent 1 (ou tuteur) consent à cette démarche?	Parent 2 (ou tuteur) consent à cette démarche?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Milieu de vie	
L'usager.ère habite avec : <input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre	
Garde partagée : <input type="checkbox"/> Oui (fréquence) <input type="checkbox"/> Non	
Hébergement dans une ressource : <input type="checkbox"/> Oui (si oui compléter les informations ci-dessous)	
Nom de la ressource :	Coordonnées :
Consentement	
L'usager.ère de 14 ans et plus, consent à la demande de services <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'usager.ère de 14 ans et plus, consent à l'échange d'information avec son parent/tuteur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Nom :

Prénom :

Dossier :

Coordonnées du référent

Nom:		Titre :	
Organisme:		No permis (Md) :	
Adresse :			
Téléphone:		Télécopieur:	
Nom md de famille (si différent) :		Adresse courriel :	

Description des difficultés observées

<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Difficultés des interactions sociales	<input type="checkbox"/> Dysrégulation émotionnelle
<input type="checkbox"/> Automutilation	<input type="checkbox"/> Difficultés familiales	<input type="checkbox"/> Manifestations d'anxiété
<input type="checkbox"/> Dépendances Alcool/Drogue/Jeux	<input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'alimentation	<input type="checkbox"/> Manifestations dépressives
<input type="checkbox"/> Deuil	<input type="checkbox"/> Difficultés liées au rôle parental	<input type="checkbox"/> Propos/Comport.suicidaires
<input type="checkbox"/> Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> Difficultés scolaires	<input type="checkbox"/> Autres:
<input type="checkbox"/> Difficultés de sommeil	<input type="checkbox"/> Difficultés sur le plan du comportement	

Dans quel(s) milieu(x) se manifeste(ent) les difficultés:

Vie familiale Milieu scolaire/garde Loisirs / Social Autre

Précisions des difficultés observées et impacts sur le fonctionnement (Veillez détailler s'il vous plaît) :

Diagnostic(s) de l'usager.ère : (SPÉCIFIER SI CE SONT DES HYPOTHÈSES DIAG. À CONFIRMER)

Médication

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Précisez :

Nom :

Prénom :

Dossier :

Motif(s) de référence

- Services psychosociaux
- Consultation en pédopsychiatrie (référence médicale souhaitée)
- Consultation téléphonique MSRP (médecin spécialiste répondant en pédopsychiatre). *réservé aux médecins. Veuillez indiquer un no. de téléphone prioritaire pour vous rejoindre :
- Autres : Protocole d'évitement scolaire, Intervention différentielle en partenariat *réservé au milieu scolaire ou «Ma démarche, mon changement»

Précisez les besoins de l'utilisateur :

Besoins et préférences exprimés par l'utilisateur :

Démarches en cours ou déjà effectuées en lien avec la situation

Service(s) actuel(s) :

Service(s) antérieur(s) :

Avez-vous administré un questionnaire? (ex. WSAS, RCADS) : OUI NON

Si oui, lequel :
Résultat et Analyse :

Nom :

Prénom :

Dossier :

Autorisations de transmission de l'information

J'autorise le référent à transmettre la présente demande de services ainsi que tout autre document pertinent en lien avec cette demande au CISSS de Lanaudière ou au CISSS visé par la demande de services.

J'autorise le CISSS de Lanaudière ou le CISSS responsable du programme visé par la demande de services à échanger les informations pertinentes en lien avec le traitement de la demande avec le référent et à lui communiquer les suites de cette demande de services.

Signature de l'utilisateur ou titulaire de l'autorité Nom en lettres moulées Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Avons obtenu le consentement verbal de l'utilisateur Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Signature du référent et titre Nom en lettres moulées Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Faire parvenir ce formulaire au GUICHET RÉGIONAL JEUNESSE par télécopieur : 450 839-7122

ou par courriel: guichet-regional-jeunesse.ciessleran@ssss.gouv.qc.ca

➡ SVP joindre tous les rapports et évaluations en lien avec la présente demande ←

Ligne téléphonique pour les partenaires 1 800 363-1723, poste 434565