

ÉTÉ 2026 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 (CISSSLAN), 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 entre la semaine du **22 juin 2026** à la semaine du **17 août 2026** inclusivement.

Comment procéder à une demande de service au CISSSLAN :

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 CISSSLAN 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.ciessleran@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 450 839-7122

ANNEXE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec

☐ CHDL
☐ HPLG
☐ CLSC-Nord
☐ CLSC-Sud

☐ HEB-Nord
☐ HEB-Sud
☐ CR

Site : _____

Prog./Service./Unité : _____



LN0107

Date de naissance *

____/____/____
année mois jour

N° de dossier *

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 :		Prenom(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 :	/ / année Mois jour	Date de naissance :	/ / Année Mois jour
Adresse :		Adresse :	
Téléphone:		Téléphone:	
Adresse courriel :		Adresse courriel :	
Parent 1 (ou tuteur) consent à cette démarche? ☐ Oui ☐ Non		Parent 2 (ou tuteur) consent à cette démarche? ☐ Oui ☐ Non	

Milieu de vie

L'usager.ère habite avec : ☐ Ses deux parents ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Autre	
Garde partagée : ☐ Oui (fréquence) ☐ Non	
Hébergement dans une ressource : ☐ 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 ☐ Oui ☐ Non	
L'usager.ère de 14 ans et plus, consent à l'échange d'information avec son parent/tuteur ☐ Oui ☐ 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

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

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 (Veuillez détailler s'il vous plaît) :

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

Médication

☐ Non	☐ Oui Précisez :

Nom :

Prénom :

Dossier :

Motif(s) de référence

☐ Services psychosociaux

☐ Consultation en pédopsychiatrie (référence médicale souhaitée)

☐ Consultation téléphonique MSRP (médecin spécialiste répondant en pédopsychiatrie). *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'usager.ère :

Besoins et préférences exprimés par l'usager.ère:

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