

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

PROGRAMME DES *ALLIÉS DE LA PAROLE*

INFORMATIONS IMPORTANTES

Conditions d'admissibilité des participants:

- adolescents ayant un bégaiement développemental;
- être âgés entre 13 et 17 ans;
- être référés par un orthophoniste;
- avoir atteint une phase de maintien de leur fluidité;
- être membre de l'AJBQ.

Pour être inscrit au programme les *Alliés de la Parole*, ce formulaire doit être rempli. Toutes les informations obtenues seront traitées de façon confidentielle. L'inscription se fera automatiquement dès la réception du formulaire. Il est possible que l'AJBQ vous contacte dans les prochaines semaines afin d'obtenir des informations complémentaires. Par la suite, la demande de référence sera évaluée et un jumelage avec un bénévole sera effectué. Pour plus d'information, contactez l'AJBQ.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

NOM: _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj) : _____ SEXE : M F

ADRESSE : _____ APPT : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL. : RÉSIDENCE : _____ CELL. : _____

COURRIEL : _____

DATE DU DERNIER SERVICE REÇU (aaaa/mm/jj); _____

RÉFÉRENT

RÉFÉRÉ PAR (nom en lettres moulées) : _____

TITRE : _____

ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

TÉL. : _____ TÉLÉC. : _____ COURRIEL : _____

DATE DE LA RÉFÉRENCE (aaaa/mm/jj) : _____



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

