

SANTÉ

Avec votre accord, nous souhaitons que chaque accompagnateur(trice) familial(e) soit placé dans une situation sécuritaire dans l'exercice de ses fonctions. Voici donc quelques questions en lien avec votre santé.

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES ?

TYPE	OUI	NON	SI OUI, LESQUELLES?
Médicaments			
Aliments			
Animaux			
Autres			

Avez-vous des conditions ou des **problèmes de santé d'ordre physique ou psychologique** qui pourraient vous limiter dans l'exercice de vos fonctions d'accompagnateur(trice) familial(e) ?

Oui Non Si oui, veuillez spécifier :

SECTION RÉSERVÉE AU CRFM CONCERNANT LE DOSSIER DE L'ACCOMPAGNATEUR(TRICE)

S'assurer que les documents suivants ont été remplis et signés :

Questionnaire pour l'accompagnateur(trice) familial(e)

Demande de vérification des antécédents judiciaires et/ou d'empêchements

Formulaire rempli le : / /

Vérification complétée le : / /

Expiration : / /

Formulaire d'autorisation photo

Mon engagement personnel

Promesse de confidentialité

Signature de
l'accompagnateur(trice) : _____

Date : / /

Signature de l'agent(e)
d'intégration communautaire : _____

Date : / /