

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE

RENSEIGNEMENTS SUR LES ORGANISMES

Nom de l'organisme qui fait l'aiguillage

Organisme :

Nom de la personne-ressource :

Adresse courriel :

Numéro de téléphone :

Nom de l'organisme vers lequel on aiguille le client :

Date de l'aiguillage (aaaa-mm-jj) :

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom du client :

Sexe : Homme Femme **Date de naissance (aaaa-mm-jj) :**

Coordonnées :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Voie de transition du client (objectif de formation)

Emploi Formation en apprentissage Études secondaires
Études postsecondaires Autonomie À déterminer

CONSENTEMENT DU CLIENT

J'autorise la divulgation et le partage de mes informations entre les organismes indiqués sur ce formulaire. Je reconnais que le pourvoyeur de service d'aiguillage pourrait être avisé une fois que je prends contact avec l'organisme vers lequel on m'aiguille.

Oui

Non

