

# 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 Trans Je préfère ne pas le divulguer

Autre (veuillez préciser) :

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