



115 Simcoe Street South, Oshawa, ON L1H 4G7

Téléphone: (905) 725-3513

Télécopieur: (905) 725-8377

250 rue Bayly ouest, Ajax, ON L1S 3V4

Téléphone: (905) 428-1984

Télécopieur: (905) 428-6135

CONSETEMENT DES PARENTS DES ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS À UNE CONSULTATION

(Veuillez cocher ✓ dans le cas échéant)

Conformément aux modalités de service, je consens/nous consentons par la présente à ce que mon ou mes/notre ou nos enfant(s) reçoivent du counseling aux **Services à la famille catholiques de Durham**.

Je comprends/Nous comprenons qu'en donnant un consentement aux services de counselling, je donne/nous donnons un consentement à l'intervention thérapeutique que le ou la thérapeute jugera indiquée du point de vue clinique. L'intervention pourra comprendre du counselling individuel, du counselling de groupe ou du counselling familial (la liste n'est pas exhaustive). Le ou la thérapeute sera en mesure de répondre aux questions concernant l'approche thérapeutique.

Je comprends/Nous comprenons qu'en cas de séparation/divorce lorsque les droits de garde des enfants sont partagés, le consentement des deux parents est préférable pour que mon ou mes/notre ou nos enfant(s) puissent recevoir du counseling aux **Services à la famille catholiques de Durham**.

J'ai/Nous avons:

la garde exclusive permanente ou

la garde exclusive temporaire ou

la garde conjointe permanente ou

la garde conjointe temporaire de l'enfant/des enfants; le consentement des deux parents est:

exigé

non exigé.

Nom(s) et date(s) de naissance de l'enfant ou des enfants:

_____/_____/_____
Nom de l'enfant Date de naissance (mois/jour/année)

_____/_____/_____
Nom de l'enfant Date de naissance (mois/jour/année)

_____/_____/_____
Signature du parent Date de signature (mois/jour/année) nom imprimé du parent et numéro de contact

Signature du témoin (tierce partie) Nom en toutes lettres et numéro de téléphone du témoin

_____/_____/_____
Signature du parent Date de signature (mois/jour/année) nom imprimé du parent et numéro de contact

Signature du témoin (tierce partie) Nom en toutes lettres et numéro de téléphone du témoin

_____/_____/_____
Signature de l'intervenant (te) Date de signature (mois/jour/année)
(titres de compétences à inclure)