



Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille

92, boul. St-Raymond, pièce 400A
Gatineau (Québec) J8Y 1S7
(819) 595-1905 sans frais : 1 (888) 368-7243
télécopieur : (819) 595-3487

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

- ✓ Dans les cas d'abus sexuel où l'auteur des gestes ne cohabitent pas avec la victime ;
- ✓ Lorsque le signalement est non-retenu;
- ✓ Si les faits ont été vérifiés et jugés crédibles lors de la vérification complémentaire terrain ou lors de l'entrevue-vidéo ;
- ✓ Si le parent ou tuteur légal de l'enfant ou/et si l'enfant de plus de 14 ans accepte que les informations soient transmises.

Date de la référence : _____

1) Enfant référé :

Nom : _____ Prénom : _____

D.D.N. : _____ Âge : _____

Nom du tuteur légal de l'enfant: _____

Tél : _____ Adresse : _____

2) Parents ou tuteur légal :

Nom de la mère/tutrice légale : _____ Nom du père/tuteur légal : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

☎ cell : _____

☎ cell : _____

☎ autre : _____

☎ autre : _____

3) Résumé des faits :

a. Qui a abusé l'enfant (lien entre l'auteur des gestes et l'enfant, sexe et âge de l'auteur des gestes) ?

b. Quel est l'ensemble des gestes qui ont été posés?

c. Dans quel contexte l'enfant a-t-il dévoilé?

d. Quelles sont la fréquence et la durée de l'agression sexuelle?

- épisode unique répétitif chronique (plus de 6 mois)

Si répétitif ou chronique : période de temps sur laquelle les abus sexuels se sont déroulés : _____

e. Quel est l'endroit où les abus sexuels ont eu lieu?

g. Quel est le type de manipulation utilisée?

verbale (sous forme de jeu, menaces, chantage. Spécifiez : _____

utilisation de la force. Spécifiez : _____

utilisation d'une arme. Spécifiez : _____

aucune. Spécifiez les circonstances : _____

4) Situation légale

<u>Direction de la protection de la jeunesse</u>	<u>Services policiers</u>	<u>CAVAC</u>
Signalement effectué : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Plainte déposée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Demande IVAC <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rétention du signalement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Entrevue policière réalisée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Suivi psychosocial enfant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Suivi psychosocial parent <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Trousse médico-légale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dossier autorisé par le directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> infos à venir	Programme témoin enfant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date du témoignage devant la Cour : _____

5) Professionnel responsable de la référence :

Nom : _____

Coordonnées téléphoniques et/ou courriel : _____

Organisation : _____

6) Autres informations pertinentes (Diagnostic connus tel qu'une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ; événements particuliers entourant le dévoilement ; réactions parentales atypiques, etc.) :

CONSENTEMENT DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS VERS LE CIASF

Moi, _____, parent ou tuteur légal de _____ né le _____ consent à ce que les informations contenues dans le présent formulaire soient transmises au Ciasf afin d'obtenir des services spécialisés en abus sexuels.

Signature du parent ou du tuteur légal

CONSENTEMENT DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS VERS LE CIASF

Moi, _____, né le _____ consent à ce que les informations contenues dans le présent formulaire soient transmises au Ciasf afin d'obtenir des services spécialisés en abus sexuels.

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Veillez transmettre cette référence à info@ciasf.org