

## Nom du responsable du programme de traitement en milieu fermé

Je soussigné(e),

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 <sup>e</sup> prénom
----------------	--------	-----------------------------------

, suis responsable du programme de traitement en milieu fermé à/au

## Nom du programme et adresse où il est offert

Nom du programme

N° de bureau	N° de la rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal

Après avoir lu la demande de

## Nom de l'auteur de la demande

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 <sup>e</sup> prénom
----------------	--------	-----------------------------------

, je crois, en me fondant sur des motifs raisonnables, que :

- les conditions du placement d'urgence prévues au paragraphe 171 (2) (à l'exception de l'alinéa (B)) sont remplies;
- le consentement exigé par le paragraphe 171 (3) a été donné.

Facultatif : Si l'enfant est âgé de moins de 12 ans, veuillez insérer ci-dessous (dans la section Notes supplémentaires) toute information supplémentaire que vous jugez nécessaire pour que le ministère puisse en tenir compte, y compris, mais sans s'y limiter, une description du/des/de :

- Problème(s) actuel(s) conduisant à la nécessité d'un placement en traitement en milieu fermé (si danger pour soi-même ou pour autrui)
- Âge de l'enfant et circonstances familiales pertinentes pour cette demande
- Faits qui démontrent que l'enfant peut bénéficier d'un traitement en milieu fermé
- Alternatives de traitement qui ont été envisagées, et qui ont été épuisées.

À remplir si l'enfant est âgé de moins de 12 ans

- Le ministre, ou un représentant autorisé du ministre responsable du programme de traitement en milieu fermé pour enfants et adolescents en Ontario, a consenti au placement de l'enfant conformément à l'article 171 (4) de la Loi (voir ci-dessous pour ce consentement).

À remplir si l'auteur de la demande est médecin

- Je suis convaincu(e) que l'auteur de la demande croit que les conditions précisées au paragraphe 171 (2) sont remplies.

Par conséquent, j'admets d'urgence l'enfant dans le programme de traitement en milieu fermé susmentionné.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Responsable du programme

**Consentement du ministre ou d'un représentant autorisé du ministre responsable du programme de traitement en milieu fermé des enfants et des jeunes en Ontario**

(À remplir si l'enfant est âgé de moins de 12 ans (voir le paragraphe 171 (4) (b) de la Loi)

Je consens au placement de l'enfant dans le programme de traitement en milieu fermé susmentionné

Date (aaaa/mm/jj)	Lieu	Signature du ministre ou de son délégué
-------------------	------	---

Les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'autorisation légale de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, aux fins d'administration des programmes et des services du ministère de la Santé. Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec : Le Directeur de la Direction du programme de toxicomanie et de santé mentale, 56, rue Wellesley Ouest., 9<sup>e</sup> étage, Toronto (Ontario) M5S 2S3 ou téléphonez au 416-327-7272.

**Facultatif : Notes supplémentaires**