

The information is collected under the legal authority of the *Child and Family Services Act*, R.S.O. 1990 c. C-11, for the purpose of administering the Ontario Government's Programs on Child Welfare.

La Loi sur les services à l'enfance et à la famille, qui constitue le c. C-11 des L.R.O. de 1990, autorise cette collecte de renseignements aux fins de l'application des dispositions administratives des programmes du gouvernement de l'Ontario sur le bien-être de l'enfance.

If you have any questions concerning the collection of this information, please contact:
Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec :

Title/Titre du poste _____ Address/Adresse : _____

Telephone No./N° de téléphone _____

To be completed by the Society/À remplir par la société

To the Doctor:/À l'intention du ou de la médecin :

To enable us to keep up-to-date with the medical progress of our wards, we would ask you to complete this form each time you examine or treat a foster child (aside from full annual medical examination), whether at home, in your office or at hospital.

Pour nous permettre d'avoir une mise à jour des progrès médicaux de nos pupilles, veuillez remplir cette formule chaque fois que vous examinez ou traitez un(e) enfant placé(e) en famille d'accueil (à l'exception de l'examen annuel complet), à la résidence de l'enfant, à votre bureau ou à l'hôpital.

Reason for this examination: (To be filled in by foster or adoptive parent, social worker or child).

Raison de l'examen : (à remplir par le père adoptif, la mère adoptive ou le père ou la mère de famille d'accueil, la travailleuse ou le travailleur social ou l'enfant)

Child's Name/Nom de l'enfant _____ Date of Birth/Date de naissance _____

Date of Examination/Date de l'examen _____ Health Card No./N° de la carte Santé _____ File Number/Numéro de dossier _____

Worker's Name/Nom du travailleur social ou de la travailleuse sociale _____

Adoptive/Foster Parents/Père adoptif et mère adoptive/père et mère de famille d'accueil _____ Telephone Number/Numéro de téléphone _____

To be completed by the Doctor/À remplir par le ou la médecin

Provisional Diagnosis:/

Diagnostic provisoire : _____

Treatment Prescribed:/

Traitement prescrit : _____

Doctor's Instructions to the:/

Instructions du ou de la

médecin à l'intention de :

☐ Social Worker/
Travailleur social/travailleuse sociale

☐ Foster/Adoptive Parent/
Père adoptif ou mère adoptive/père ou mère de famille d'accueil

Call me to discuss this Report: /
Communiquez avec moi au sujet du rapport :

☐ Yes/
Oui

☐ No/
Non

Doctor's Name (Please Print) / Nom du ou de la médecin (en lettres moulées)

Telephone Number/Numéro de téléphone _____

Doctor's Signature/Signature du ou de la médecin _____

Date _____

Please complete and return to/Veuillez remplir et retourner à :

Children's Aid Society of:/Nom de la société d'aide à l'enfance

Telephone Number/Numéro de téléphone _____

Address /Adresse _____ No./Numéro _____ Street/Rue _____

Town/City/ Ville/Cité _____

Postal Code/Code postal _____