

FORMULAIRE D'INTÉRÊT

Pour les jeunes de 14-25 ans, les parents et les futurs parents
souhaitant s'impliquer comme partenaires

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Veuillez, s'il-vous-plaît, inscrire vos renseignements personnels :

- Nom et prénom :
- Téléphone :
- Courriel :
- Code postal de la personne résident sur le territoire de l'Est :

2. Quel est le meilleur moyen de vous joindre le jour ?

- Téléphone
- Courriel
- Les deux

3. Quelle langue préférez-vous pour votre correspondance?

- Français
- Anglais
- Autre. Laquelle :

EXPÉRIENCE

4. Êtes-vous : (Une seule réponse possible)

- Un(e) jeune âgé de 14 à 25 ans
- Un(e) parent
- Un(e) futur(e) parent

5. Avez-vous déjà vécu des inquiétudes ou difficultés liées à : (Cochez une ou plusieurs réponses)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grossesse et accouchement | <input type="checkbox"/> Situation familiale |
| <input type="checkbox"/> Soins de base de l'enfant | <input type="checkbox"/> Relations parent-enfant |
| <input type="checkbox"/> Santé physique de l'enfant | <input type="checkbox"/> Crise familiale |
| <input type="checkbox"/> Santé physique du parent | <input type="checkbox"/> Autre(s). Spécifiez : |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale du jeune | <input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale du parent | |

6. Avez-vous déjà utilisé les services suivants : (Cochez une ou plusieurs réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins et suivis de santé par le CLSC | <input type="checkbox"/> Services de l'Aire ouverte |
| <input type="checkbox"/> Services psychosociaux individuels au CLSC | <input type="checkbox"/> Clinique jeunesse, dépistage ITSS |
| <input type="checkbox"/> Suivi familial par le CLSC | <input type="checkbox"/> Centre d'abandon du tabac |
| <input type="checkbox"/> Services de santé mentale au CLSC | <input type="checkbox"/> Hôpital Maisonneuve-Rosemont Grossesse-Naissance |
| <input type="checkbox"/> Services de crise du CLSC | <input type="checkbox"/> Hôpital Maisonneuve-Rosemont Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Soutien à domicile par le CLSC | <input type="checkbox"/> Maison de naissance Anne-Courtemanche |
| <input type="checkbox"/> Offre de groupe du CLSC | <input type="checkbox"/> Autre(s). Spécifiez : |
| <input type="checkbox"/> Soins et suivis de santé à l'école | |

Services psychosociaux à l'école

Aucune de ces réponses

INTÉRÊT D'IMPLICATION

7. **À titre indicatif, cocher vos intérêts à participer, en tant que patient partenaire ou proche partenaire, aux activités suivantes :** (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Co-animer des formations
- Donner des avis (écrits et verbaux)
- Participer à des comités (planification, projets spéciaux, etc.)
- Faire des présentations ou des témoignages
- Soutenir d'autres usagers
- Autre(s). Spécifiez :

8. **Quelles sont vos disponibilités?** (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Avant-midi
- Après-midi
- Soirée
- Je ne suis pas disponible pour le moment, mais peut-être éventuellement
- Autre : (texte)

9. **Dans quel quartier souhaitez-vous vous impliquer?** (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Saint-Léonard et Saint-Michel
- Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve et Mercier-Ouest
- Mercier-Est, Anjou, Rivière-des-Prairies et Pointe-aux-Trembles
- Peu importe le quartier

10. **Décrivez, en quelques mots, les raisons pour lesquelles vous souhaitez vous impliquer au sein de l'Espace partenaires jeunesse?** (Facultatif)

11. **Êtes-vous en mesure de participer à des activités qui se tiennent via visioconférence (par exemple : Zoom, Teams)?**

Ceci nécessite un accès à Internet, un ordinateur, une caméra et un micro.

- Oui
- Non

En signant ce document, vous acceptez qu'une personne du CIUSSS communique avec vous.

Signature

Date

Envoyer le formulaire complété à : espace.partenaires.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Une fois votre formulaire soumis, vous serez contacté(e) dans un délai de 24 à 48 h (jours ouvrables).

Le CIUSSS-EMTL s'engage à assurer la confidentialité des informations transmises.