

Notice of Collection:

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. If you have any questions concerning the collection of this information, please contact:

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. Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec :

Child Welfare Secretariat, 6th Floor, 800 Bay St., Toronto ON M5S 3S4, 416 314-9462

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 (yyyy/mm/dd)

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
Street Number/Numéro de rue	Street Name/Nom de la rue	
City/Town/Ville/localité	Province	Postal Code/Code postal