

Direction de la qualité, de l’évaluation, de la performance et de l’éthique (DQEPE)

|  |
| --- |
| Références pour les postulants à titre de famille d’accueil régulière |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom/Prénom du postulant 1 :** |  |
| **Nom/Prénom du postulant 2 :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Précisez le nom des personnes auprès desquelles vous autorisez l'organisme à obtenir des références.**  **En l’absence de médecin de famille, vous devez vous présenter dans une clinique sans rendez-vous pour obtenir une attestation de bonne santé** | |
| **Employeur du Postulant 1** | **Employeur du Postulant 2** |
| Compagnie :  Personne-ressource :  Courriel :  Tél. : | Compagnie :  Personne-ressource :  Courriel :  Tél. : |
| **Médecin de famille du Postulant 1** | **Médecin de famille du Postulant 2** |
| Nom :  Clinique :  Courriel :  Tél. : | Nom :  Clinique :  Courriel :  Tél. : |
| **Un membre de la famille du Postulant 1** | **Un membre de la famille du Postulant 2** |
| Nom :  Adresse :  Courriel :  Tél. : | Nom :  Adresse :  Courriel :  Tél. : |
| **Un ami (Postulant 1 et/ou 2)** | **Professeur ou Éducatrice d’un de vos enfants** |
| Nom :  Adresse :  Courriel :  Tél. : | Nom de l’élève:  Nom du professeur :  Nom de l’école:  Courriel :  Tel. :  \* **seulement si vous avez actuellement un enfant en garderie, à l’école primaire ou au secondaire** |