Formulaire PSI-I TOUS ENSEMBLE! pour : _____

Plan d'action individualisé intersectoriel

PSI		révision	
PSII		révision	
Date :		Date :	

Cocher ici et mettre date

Renseignements concernant mon enfant		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Lieu de résidence :		
Nom parent : Adresse : Tél. : Courriel :		Nom parent : Adresse : Tél. : Courriel :
Si tuteur légal, Nom : Adresse : Tél. : Courriel :		Autre, Nom (spécifiez le lien) : Adresse : Tél. : Courriel :

Situation actuelle	Forces/intérêts/rêves de mon enfant	Situation souhaitée
Informations essentielles à partager :		

Québec

Objectif principal :

Pour cela, on devrait travailler *ensemble* pour répondre à ces **besoins**:

(plusieurs actions et partenaires peuvent être associés à un même besoin).

Besoins en lien avec :

Son développement et santé physique
Son développement affectif et comportemental
Son identité
Ses relations familiales et sociales
Son éducation - apprentissages

BESOINS de notre enfant	Objectif- situation souhaitée	Moyens, actions, ressources ou services	Par qui?	Échéancier	*Révision*
				Après échanges, cocher	☐ Atteint ☐ En voie d'atteinte ☐ À modifier
					☐ Atteint ☐ En voie d'atteinte ☐ À modifier
					☐ Atteint ☐ En voie d'atteinte ☐ À modifier

*Si modifications, ne rien inscrire ici, voir tableau en ANNEXE à cet effet

Québec

Personne coordonnatrice du PSI-I	
Nom :	Organisme :
Téléphone :	Courriel :

Participants				
Nom des personnes présentes	**Organisme ou lien avec l'enfant (et rôle démarche PSII)**	**Coordonnées**	**Signature**	
			PSI-I INITIAL	**PSI-I** RÉVISÉ
	(Parent ou tuteur légal)			
	(Parent ou tuteur légal)			
	(Jeune de 14 ans et +)	J		
	(Intervenant qui accompagne la famille)			
	(**Coordonnateur PSII**)			

Faire signer ici *atteste également de la présence)

Ajouter au besoin les noms des partenaires qui n'étaient pas présents à la rencontre initiale

Québec

Participants				
Nom des personnes présentes	**Organisme ou lien avec l'enfant (et rôle démarche PSII)**	**Coordonnées**	**Signature**	
			PSI-I INITIAL	**PSI-I** RÉVISÉ

Date prévue de révision :

Moyen de communication à privilégier pour le suivi du PSI-I :

Commentaires :

Inscrire tout commentaire pertinent
* Si fermeture PSII, inscrire le motif : a) atteinte des objectifs b) retrait du consentement c) fin de services SSS ou scolaire

ANNEXE –Révision PSI-I impliquant des modifications

BESOIN et OBJECTIF inscrit au PSI-I initial	**Changement effectué**	Moyens, actions, ressources ou services (maintenu ou révisé)	Par qui? (maintenu ou révisé)	Échéancier (maintenu ou révisé)
Identifier ici le besoin et l'objectif inscrit au PSI-I initial	Décrire ici les changements à apporter	Inscrire les moyens maintenus ou modifiés	Mettre à jour au besoin	Mettre à jour au besoin

Commentaires généraux
***SI le PSI-I fait l'objet de plusieurs révisions, répliquez les tableaux pertinents** (y compris pour les présences et signatures) **ou prendre un nouveau formulaire en indiquant clairement le lien entre les formulaires.**

Adaptation de : *Lemay, L. et collaborateurs. Manuel de référence pour la réalisation des plans de services individualisés (PSI) à Laval : Volet jeunesse. Agence de santé et des services sociaux de Laval, 2006*