

PROTOCOLE D'ENTENTE DE SERVICE

ENTRE

MAISON DE LA FAMILLE DE TROIS-RIVIÈRES, SUPERVISION DES DROITS D'ACCÈS

ET

Avocat : \_\_\_\_\_

Intervenant (e) sociale : \_\_\_\_\_

Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Je \_\_\_\_\_, du \_\_\_\_\_ fait appel au Service de Supervision des Droits d'Accès de la Maison de la Famille de Trois-Rivières, pour la famille suivante :

**Identification de la mère :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

Parent gardien :  Parent visiteur :

**Identification du père :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

Parent gardien :  Parent visiteur :

**Identification de la famille d'accueil (s'il y a lieu) :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

**Identification du (des) enfants :**

| Noms, prénoms du (des) enfant(s) : | Sexe | Date de naissance |
|------------------------------------|------|-------------------|
|                                    |      |                   |
|                                    |      |                   |
|                                    |      |                   |
|                                    |      |                   |

**Services et modalités :**

Échange de garde  Visite supervisée

À quelle fréquence l'utilisateur doit fréquenter le service ?

Hebdomadaire  Bimensuelle  Mensuelle  Autre, spécifiez  \_\_\_\_\_

Visites supervisées :

Quelle est la durée des services requis ?

1 heure  1 heure 30  2 heures

Échanges de garde :

À quel moment est le départ des enfants ?

Vendredi PM  Samedi AM  Samedi midi  Samedi PM  Dimanche AM

Dimanche midi  Dimanche PM

À quel moment est le retour des enfants ?

Vendredi PM  Samedi AM  Samedi midi  Samedi PM  Dimanche AM

Dimanche midi  Dimanche PM

**Description de la référence :**

Quelle est la problématique qui justifie la référence ? (ex : l'enfant ne peut exercer son droit de visite chez son père à cause de la relation conflictuelle entre les parents)

---

---

---

---

Quels sont les comportements à éviter de la part du parent et/ou de l'enfant lors de la supervision ?

---

---

---

Autres informations pertinentes à savoir au sujet de la famille :

---

---

---

**Engagement du référent :**

- a) Je m'engage à informer les intervenants de la Maison de la Famille de Trois-Rivières lorsque je quitterai le dossier ou lorsque celui-ci sera transféré à un autre intervenant :  
Oui  Non
- b) Je m'engage à informer les intervenants de la Maison de la Famille de Trois-Rivières lorsque la famille n'aura plus besoin de nos services et que notre entente prendra fin :  
Oui  Non
- c) Je m'engage à me procurer une autorisation de divulgation de renseignements personnels auprès de la personne que nous référons (ou des personnes concernées) : Oui  Non
- d) Je m'engage à transmettre toutes les informations pertinentes concernant le dossier aux intervenants de la Maison de la Famille de Trois-Rivières : Oui  Non
- e) Je m'engage à faire un suivi périodique du dossier, en collaboration avec les intervenants de la Maison de la Famille : Oui  Non
- f) Je m'engage à m'adresser à la direction générale de la Maison de la Famille de Trois-Rivières advenant une insatisfaction du processus ou du suivi émis par l'intervenante du SDA : Oui  Non
- g) Je m'engage à faire parvenir mes demandes par télécopieur ou courriel et accorder un délai de réponse raisonnable de la part des intervenants de la Maison de la Famille :  
Oui  Non

**De notre côté, le service de supervision des droits d'accès de la Maison de la Famille, nous nous engageons à :**

- a) Nous procurer une autorisation de divulgation de renseignements personnels auprès de la personne que nous référons (ou des personnes concernées)
- b) Transmettre toutes les informations pertinentes concernant le dossier
- c) Faire un suivi périodique du dossier
- d) Produire et transmettre les rapports concernant les droits d'accès offerts à la famille suite à la demande du référent (dans un délai d'un mois).

**Signatures :**

Pour le référent :

Pour le service SDA :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom (en lettres moulées)

Nom (en lettres moulées)

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : 819-691-0387

Poste : \_\_\_\_\_

Télécopieur : 819-691-0421

Télécopieur : \_\_\_\_\_