

Prénom, Nom:

Adresse:

Courriel:

Numéro de téléphone :

Dans laquelle des langues officielles du Canada vous sentez-vous le plus à l'aise ?

- Catégorie de membre (veuillez préciser)
- Enfant ayant une expérience vécue
 - Adolescent ayant une expérience vécue
 - Enfants de la même famille d'un enfant ou d'un adolescent ayant une expérience vécue
 - Parent d'un enfant ou d'un adolescent ayant une expérience vécue
 - Grand-parent d'un enfant ou d'un adolescent ayant une expérience vécue
 - Aidant familial d'un enfant ou d'un adolescent ayant une expérience vécue
 - Autre : _____

- Parlez-nous de votre expérience (cochez toutes les cases qui s'appliquent)
- Membre de la communauté autochtone
 - Membre de la communauté francophone
 - Familier avec les services de santé mentale, dépendances et santé liée à la consommation de substances pour les enfants et les adolescents
 - Familier avec les services destinés aux enfants et aux adolescents présentant une condition médicale complexe
 - Familier avec les services de soins à domicile pour les enfants et les adolescents
 - Familier avec les services de soins palliatifs pour les enfants et les adolescents
 - Autre: _____

Si vous le souhaitez, veuillez nous faire part de toute autre information concernant votre expérience en matière de soins de santé.

Décrivez brièvement les raisons pour lesquelles vous souhaitez devenir un partenaire enfants, adolescents, familles et aidants familiaux, ainsi que les compétences supplémentaires que vous pourriez apporter au groupe de travail.