1. **INFORMATION SUR L’ENFANT**

| Date jj/mm/aaaa | Numéro d’identification du cas |
| --- | --- |

1. **QUESTIONS DE VÉRIFICATION**

| Les informations figurant sur le formulaire de vérification de l’adulte correspondent-elles aux informations du dossier de l’enfant ? | * Oui | * En Partie | | * Non |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Si non ou seulement partiellement, décrivez les différences ou divergences :   |  | | --- | | | | | |
| L’adulte a-t-il fourni des documents fiables permettant de vérifier l’identité de l’enfant et d’établir leur lien avec l’enfant ?   * Oui * Non   Précisez   |  | | --- | | | | L’enfant a-t-il mentionné cette personne lors de son enregistrement, de l’évaluation ou à un autre moment du processus de suivi de cas ?   * Oui * Non | |

1. **Désirs de l’enfant**

| L’enfant souhaite-t-il être réuni avec cette personne ? | * Oui | * Incertain | * Non |
| --- | --- | --- | --- |
| Commentaire de l’enfant concernant une éventuelle réunification avec cette personne : | | | |

1. **VÉRIFICATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL**

| Considérez-vous que la relation entre l’adulte et l’enfant est établie ? | | * Oui | * Non | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Recommandez-vous la réunification de l’enfant avec cette personne ? | | * Oui | * Non | |
| Précisez pourquoi oui ou pourquoi non:   |  | | --- | | | | | |
| Action Recommendée | * Réunification Immédiate * Réunification après que le soutien ait été apporté à l’adulte/la famille et que les préoccupations ont été traitées | | | * Placement en soins alternatifs à long terme * Poursuite des recherches * Autres, Précisez \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Décrire, si pertinent, des conditions ou procédures spécifiques pouvant influencer le processus de réunification : *Par exemple : procédures légales nationales, nécessité de documents, permis de voyage, etc.)*   |  | | --- | | | | | |
| Veuillez fournir un résumé des prochaines étapes, qui en est responsable et quand elles pourraient avoir lieu (ajoutez des détails dans le plan de mise en œuvre)   |  | | --- | | | | | |

1. **AUTORISATION**

| Nom du travailleur social | Date jj/mm/aaaa | Signature |
| --- | --- | --- |
| Nom du Superviseur | Date JJ/mm.aaaa | Signature |
| Commentaires du superviseur   |  | | --- | | | |