

Formulaire de demande pour la carte accompagnement loisir (CAL)

A Renseignements sur le demandeur – section à remplir par tous			
Prénom		Nom	
Numéro	Rue		App.
Ville		Province	Code postal
Téléphone domicile	Téléphone bureau		Téléphone cellulaire
Sexe :			
<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Autre	
Adresse courriel			
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			

J'ai besoin d'accompagnement pour :			
<input type="checkbox"/>	Communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>	M'alimenter
<input type="checkbox"/>	Faire l'activité de façon sécuritaire	<input type="checkbox"/>	Me déplacer
<input type="checkbox"/>	M'aider pour mes besoins personnels	<input type="checkbox"/>	M'orienter
S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant vos besoins d'accompagnement :			

B Coordonnées du représentant du demandeur (s'il y a lieu)			
Prénom		Nom	
Téléphone domicile	Téléphone bureau		Téléphone cellulaire
Adresse courriel			
Lien avec la personne handicapée			
<input type="checkbox"/>	Père/mère	<input type="checkbox"/>	Curateur
<input type="checkbox"/>	Conjoint/conjointe	<input type="checkbox"/>	Tuteur
<input type="checkbox"/>	Autre :		

C Engagement et signature de la personne demandant la carte à remplir par tous	
Si j'obtiens la Carte accompagnement loisir, je m'engage à :	
-	Présenter la carte auprès des organismes partenaires qui la reconnaissent;
-	Choisir une personne capable d'agir à titre d'accompagnateur et de répondre à mes besoins pour un déroulement adéquat et sécuritaire de l'activité;
-	Informar l'équipe de la CAL de tout changement de coordonnées, perte, vol ou bris de la carte;
-	Respecter l'interdiction de prêt de la carte à une autre personne.
Je certifie que les renseignements que j'ai donnés pour déterminer mon admissibilité à la carte sont véridiques.	
Signature de la personne demandant la carte ou son représentant	
Date (AAAA-MM-JJ)	

La section D doit être remplie par les personnes n'ayant pas de preuve d'admissibilité

D		Autorisation de divulgation de renseignements personnels pour une vérification auprès d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux	
J'autorise l'intervenant de la santé, dont le nom apparaît plus bas, à confirmer l'information fournie à la section A aux seules fins d'avoir accès à la CAL.			
Prénom de l'intervenant de la santé		Nom de l'intervenant de la santé	
Prénom du demandeur		Nom du demandeur	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Signature de la personne demandant la carte ou son représentant			
Date (AAAA-MM-JJ)			

Consulter la liste des intervenants autorisés à signer votre formulaire dans le document « Directives ».

Cette autorisation est valide pour une période de 90 jours à partir de la date de la signature.

La section E doit être remplie par l'intervenant de la santé

E Attestation par un intervenant de la santé ou des services sociaux			
Selon les informations dont je dispose, j'atteste que le demandeur, dont le nom apparaît plus bas, a besoin d'accompagnement pour les raisons suivantes :			
<input type="checkbox"/>	Communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>	S'alimenter
<input type="checkbox"/>	Faire l'activité de façon sécuritaire	<input type="checkbox"/>	Se déplacer
<input type="checkbox"/>	Être aider pour ses besoins personnels	<input type="checkbox"/>	S'orienter
S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant vos besoins d'accompagnement :			
Prénom du demandeur		Nom du demandeur	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			

Informations sur l'intervenant de la santé et des services sociaux

Prénom de l'intervenant de la santé		Nom de l'intervenant de la santé	
Nom de l'établissement			
Numéro	Rue	Bureau	
Ville		Province	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Adresse courriel	
Signature du professionnel		Date (AAAA-MM-JJ)	
Profession		No permis d'exercice	

Section facultative

Cette section du formulaire est facultative. Cette information restera confidentielle et sera utilisée seulement pour une meilleure compréhension des profils des utilisateurs, afin de vous offrir de meilleurs services.

Veillez identifier **votre handicap principal** en cochant la case appropriée :

- Déficience auditive
- Déficience de langage (aphasie, dysphasie)
- Déficience intellectuelle
- Déficience motrice/physique
- Déficience visuelle
- Trouble du spectre de l'autisme
- Autre :

Protection des renseignements personnels – information pour tous

Les renseignements personnels recueillis sont nécessaires à l'étude de votre demande. Seul le personnel concerné au sein de l'équipe de la CAL peut y accéder.

La CAL est émise par l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH), avec le soutien des instances régionales responsables du loisir des personnes handicapées et la participation financière du gouvernement du Québec.