

Formulaire de demande pour la carte accompagnement loisir (CAL)

Ne pas oublier de joindre au formulaire :

- Photo du demandeur (visage dégagé, visible)
- Preuve d'admissibilité OU section E signé par un intervenant de la liste

<input type="checkbox"/> Nouvelle demande			<input type="checkbox"/> Renouvellement		
A Renseignements sur le demandeur – section à remplir par tous					
Prénom			Nom		
Numéro	Rue			App.	
Ville			Province		Code postal
Région administrative					
Téléphone domicile		Téléphone bureau		Téléphone cellulaire	
Genre : <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

Père/mère

Curateur

Conjoint/conjointe

Tuteur

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;
- Informer 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	
Considérant que la CAL est à renouveler au 5 ans, est-ce que le demandeur aura encore les mêmes besoins d'accompagnement dans 5 ans ?		
<input type="checkbox"/> À valider	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant les besoins d'accompagnement :		
Prénom du demandeur		Nom du demandeur
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
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.