

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITÉ DE LOISIR DE LA VILLE DE SAGUENAY

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

Veillez retourner la demande d'accompagnement au moins deux semaines avant la date prévue d'inscription à l'activité désirée selon l'une des options suivantes :

- par courriel : accompagnement@ville.saguenay.qc.ca;
- par télécopieur : 418 698-4082;
- par la poste : 1910, rue du Centre, Jonquière (Québec), G7S 2X3.

IMP : SATISFAIRE AUX CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ TEL QUE STIPULÉ À L'ARTICLE 2.2 DU PROGRAMME NE CONFIRME EN AUCUN CAS L'ACCOMPAGNEMENT OU UNE PLACE À L'ACTIVITÉ DÉSIRÉE.

TOUTE DEMANDE SOUMISE EN RETARD PEUT ÊTRE REFUSÉE.

**POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ACTIVITÉS DE LOISIR :
VILLE.SAGUENAY.CA**

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

Réservé à l'administration

Demande reçue le : _____
 La demande est : _____
 Accompagnateur : _____

1. Renseignements sur la personne en situation de handicap

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Sexe : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Cellulaire : _____
 Courriel : _____

2. Renseignements sur le demandeur

Si vous êtes la personne visée par cette demande, ne pas compléter cette section

Nom : _____
 Prénom : _____
 Lien avec la personne : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Téléphone au travail : _____
 Cellulaire : _____
 Courriel : _____

3. Information sur l'activité

Nom de l'activité : _____
 Lieu du déroulement de l'activité : _____
 Période : Du : _____ Au: _____
 Jour : _____ Heure de début : _____ Heure de fin : _____
 Durée du cours ou de la sortie : _____ Nombre de cours ou de sorties : _____
 Description de l'activité : _____

4. Détails sur l'accompagnement

Si la personne est âgée de plus de 12 ans, a-t-elle la vignette d'accompagnement touristique et de loisir (VATL) (pour de plus amples renseignements concernant la VALT : vatl.org)? Oui Non

Si oui, une personne de son entourage peut-elle l'accompagner dans le cadre de cette activité? Oui Non

Quelles seront les tâches de l'accompagnateur : _____

- Intervention que l'accompagnateur devra effectuer**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rappel des consignes | <input type="checkbox"/> Stimulation à la participation |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation | <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'anxiété | <input type="checkbox"/> Horaire et gestion du temps |
| <input type="checkbox"/> Aide au transfert (fauteuil roulant) – Voir section 4.1 | <input type="checkbox"/> Récompenses |
| | <input type="checkbox"/> Autre – spécifiez : _____ |

4.1 Aide au transfert

Est-ce que la personne peut effectuer ses transferts seule? Oui Non
 Est-ce qu'elle peut aider l'accompagnateur en utilisant ses membres supérieurs et inférieurs? Oui Non
 Est-ce qu'une aide au transfert, tel un levier sur roue, doit être utilisée? Oui Non
 Quel est le poids et la taille de la personne : _____
 Y a-t-il Décrivez les caractéristiques physiques de la personne afin d'aider l'accompagnateur à effectuer un transfert de façon sécuritaire (poids, taille, etc.) : _____

Est-il possible de jumeler la personne avec une autre? Oui Non

Ratio recommandé :

- 1 pour 1 : La personne ne peut pas être jumelée avec une autre. Ses besoins nécessitent que l'accompagnateur soit en soutien constant.
- 1 pour 2 : La personne peut être jumelée avec une autre personne. L'accompagnateur doit apporter un soutien continu, mais peut partager son temps entre les deux.
- 1 pour 3 : La personne a besoin d'une surveillance et d'un encadrement dans l'activité pour bien s'intégrer. Elle peut être jumelée avec deux autres personnes.

5. Portrait de la personne en situation de handicap (pour assurer un accompagnement adéquat, il est important que cette section soit complétée de façon à représenter le plus fidèlement possible les besoins de la personne).

Diagnostic – Est-ce qu'un diagnostic a été posé par un professionnel de la santé (médecin, psychiatre, etc.)?

Oui Non Si oui, lequel :

Si non, est-ce qu'une hypothèse de diagnostic a été formulé?

Oui Non Si oui, lequel :

Type d'incapacité

- Auditive Intellectuelle Trouble envahissant du développement Trouble santé mentale
- Motrice Visuelle Trouble du langage Autre – spécifiez :

Compréhension

La personne se fait comprendre

Facilement Bien, avec attention Difficilement

La personne comprend

Facilement Bien, avec attention Difficilement

Communication – Langage utilisé

- Parlé Non verbal Gestuel
- Appareil de communication

Soins personnels – La personne a besoin d'aide pour :

- Ses soins personnels Aller aux toilettes
- Incontinence
- Autre – spécifiez :

Habillage – Besoin d'aide pour s'habiller ?

Oui Non

Déplacements – La personne se déplace :

- À l'intérieur Seul Avec aide
- À l'extérieur Seul Avec aide
- En fauteuil roulant Seul Avec aide
- Autre aide à la mobilité Seul Avec aide

Troubles de comportement

La personne en a-t-elle? Oui Non

Si oui, de quelle nature sont-ils?

- Agressivité envers elle-même Opposition régulière
- Agressivité envers les autres Fugue
- Opposition occasionnelle
- Autre – spécifiez :

Personnalité de la personne

- Calme Timide S'isole
- Agitée Colérique Solitaire
- Sociable Négative Influençable

La personne :

- S'intègre dans un groupe facilement : Oui Non
- Interagit avec d'autres facilement : Oui Non

Au niveau de la psychomotricité, la personne peut :

- Attraper un ballon Courir pendant une certaine période Attacher ses lacets de chaussure Découper

Informations supplémentaires concernant la psychomotricité :

Au niveau de la sensibilité aux stimuli extérieurs, la personne peut :

- Être dans une foule
- Participer à une activité où il y a beaucoup de bruit
- Participer à une activité ayant des effets de surprise

Informations supplémentaires concernant la sensibilité aux stimuli extérieurs :

Description de la personne et informations supplémentaires :

6. Services actuels – Santé et réadaptation

- CLSC
 CRDI
 Centre jeunesse
 ADHIS
 APDPH
 CRDP
 SAR

Autre, spécifiez :

Intervenant à contacter:

Coordonnées :

Autres ressources, si besoin :

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné, _____

en tant que _____

autorise la Ville de Saguenay à utiliser ce document dans le cadre de son analyse de la demande d'accompagnement ainsi que pour outiller et informer les services concernés par la demande pour un accompagnement adéquat.

J'autorise également la Ville de Saguenay à contacter les intervenants œuvrant auprès de la personne en situation de handicap afin d'avoir de plus amples renseignements.

J'ai lu et j'accepte les informations mentionnées ci-haut

Signature

Date

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'un accompagnement spécialisé. L'accompagnateur a pour mandat d'outiller, soutenir et aider la personne accompagnée dans son activité tout en respectant ses capacités.
- La Ville de Saguenay n'est pas responsable de la discontinuation de l'activité ou de tout autre problème lié à l'activité.
- La Ville de Saguenay n'est pas responsable des accidents, blessures, etc. pouvant survenir dans le cadre de l'activité.
- Lorsqu'il est impossible pour la personne de se présenter à l'activité, celle-ci ou son titulaire doit **obligatoirement** prévenir l'accompagnateur ou le Service de la culture, des sports et de la vie communautaire dans un délais de 12 à 24 heures.
- Si l'accessibilité des lieux fait partie intégrante du bon déroulement de l'activité, une analyse sera effectuée afin de s'assurer qu'aucun obstacle ne peut être rencontré.
- L'accessibilité des lieux où se déroule l'activité ciblée par la présente demande sera analysée advenant le cas où cet aspect joue un rôle dans l'intégration de la personne en situation de handicap à l'activité. Si des obstacles sont observés, une ouverture de dossier auprès du Plan d'action favorisant l'intégration des personnes handicapées (PAIPH) sera faite. Ceci pourrait occasionner des délais nécessitant un report de l'accompagnement à une inscription ultérieure.
- L'accompagnateur devra fournir un rapport détaillé à la fin de l'accompagnement permettant de voir le nombre d'heures réellement utilisé ainsi que l'évolution du participant au sein de l'activité.

IMP : SATISFAIRE AUX CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ TEL QUE STIPULÉ À L'ARTICLE 2.2 DU PROGRAMME NE CONFIRME EN AUCUN CAS L'ACCOMPAGNEMENT OU UNE PLACE À L'ACTIVITÉ DÉSIRÉE.

Je reconnais que les renseignements donnés sont véridiques et que j'ai pris connaissance des notes importantes.
J'accepte les informations mentionnées ci-haut

Signature

Date