

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL EN LOISIR

Réservé à l'administration

Demande reçue le : _____

La demande est : _____

Accompagnateur : _____

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

1. Renseignements sur la personne en situation de handicap

Prénom : _____ Nom : _____ Âge : _____

Sexe : Homme Femme Tout autre genre

Adresse : _____ App. : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

2. Renseignements sur le demandeur

Si vous complétez le formulaire à la demande pour une autre personne, identifiez-vous dans cette section.

Prénom : _____ Nom : _____

Lien avec la personne : _____

Adresse : _____ App. : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

3. Information sur l'activité

Nom de l'activité : _____

Lieu 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 : _____

4. Détails sur l'accompagnement

Si la personne est âgée de plus de 12 ans, a-t-elle la Carte accompagnement loisir (CAL)* Oui

Non

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

Non

* Pour de plus amples renseignements concernant la CAL: www.carteloisir.ca

Intervention que l'accompagnateur devra effectuer :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rappel des consignes | <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher du matériel |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation | <input type="checkbox"/> Horaire et gestion du temps |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'anxiété | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Aide au transfert (fauteuil roulant) – Voir section 4.1 | |

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

- | | | |
|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes | <input type="checkbox"/> Soins personnels | <input type="checkbox"/> N/A |
| <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | |

Habillage – Besoin d'aide pour s'habiller?

- Oui Non

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/ou inférieurs? Oui

Non

Poids (kg ou lb) : _____ Taille (po ou pi) : _____

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 Si oui, lequel : _____

Non Si non, précisez l'hypothèse de diagnostic : _____

Type d'incapacité

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auditive | <input type="checkbox"/> Autisme/Trouble envahissant du développement |
| <input type="checkbox"/> Intellectuelle | <input type="checkbox"/> Maladie dégénérative |
| <input type="checkbox"/> Visuelle | <input type="checkbox"/> Trouble du langage |
| <input type="checkbox"/> Motrice | <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | |

5. Portrait de la personne en situation de handicap**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
Troubles de comportement – S'il y a lieu, la personne a-t-elle un trouble du comportement?

Si oui, précisez lequel?

 Agressivité envers elle-même Opposition régulière
 Agressivité envers les autres Opposition occasionnelle
 Autre, précisez : _____
Déplacements – La personne se déplace :
À l'intérieur : Seule Avec aide
À l'extérieur : Seule Avec aide
En fauteuil roulant : Seule Avec aide
Autre aide à la mobilité : Seule Avec aide
Informations supplémentaires :

6. Services actuels – Santé et réadaptation
 CIUSSS SLSJ Précisez le service : _____
 Centre jeunesse Autre, précisez : _____
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, si nécessaire.

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

Signature

Date

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
- Pour toute question concernant le processus de demande, le fonctionnement, etc. :
418 698-3200 poste 4167

Satisfaire aux conditions d'admissibilité 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 :
loisirs.saguenay.ca