|  |
| --- |
| **Demande de participation au Centre de jour de l’Association pour l’intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau- La Lanterne** |
| Date de la demande de services : |
| **Renseignements concernant le participant :** |
| Nom et Prénom du participant : |
| Date de naissance (jour-mois-année) du participant : Âge : |
| Adresse du milieu de vie (numéro de porte, rue, ville et code postal) : |
| **Courriel du milieu de vie :** |

|  |
| --- |
| Le participant est âgé de 18 ans et plus : OUI NON |
| Le participant a plus de 18 ans et a un mandat d’inaptitude : OUI NON |
| Parent : Nom : Prénom : |
| Téléphone (maison) : Téléphone (cellulaire) : |
| Tuteur légal (nom-prénom) : |
| Téléphone (résidence) : Téléphone(cellulaire) : |
| Curateur Public (Nom et Prénom) : |
| Adresse courriel de la Curatelle : |
| Autre (Nom et Prénom) : |
| Téléphone (résidence) : Téléphone (Cellulaire) : |

|  |
| --- |
| **Renseignement du ou des responsables du milieu de vie** |
| **Famille d’origine :** PèreMère Famille d’accueil Résidence |
| Prénom et Nom : |
| Téléphone (Résidence) : Téléphone (Cellulaire) :  Courriel : |
| Prénom et Nom : |
| Téléphone (Résidence) : Téléphone (Cellulaire) :  Courriel : |

|  |
| --- |
| **Information du participant** |
| Déficience intellectuelle OUI NON |
| Trisomies 21 OUI NON |
| Trouble du spectre de l’autisme (TSA) OUI NON |
| Santé mentale : Trouble anxieux OUI NON    TDA H OUI NON  Trouble dépressif OUI NON |
| A-T-IL besoin d’un fauteuil roulant OUI NON  Marchette OUI NON  Canne OUI NON |

|  |
| --- |
| **Besoin du participant et du milieu de vie** |
| Type d’activité : Répit Participer au Centre de jour |
| Type de services souhaités : Temps complet Temps non-complet  Temps complet : Lundi au jeudi de 9h00 à 14h30 et vendredi de 9H30 à 12h00  Temps non-complet : 2 jours/semaine 3 jours/semaines 4j ours/semaine  Les journées choisit sont à votre discrétion. |
| Signature du participant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du milieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **EXIGENCES De LA LANTERNE :**   * **Résider sur le territoire de la MRC des Collines, La Pêche, Cantley, Wakefield, Val-des-Monts, Chelsea;** * **Être une personne âgée de 18 ans et plus, vivant avec une déficience intellectuelle ;** * **Être résident de la municipalité de La Pêche, Val-des-Monts, Cantley, Wakefield ou Chelsea ;** * **Posséder des aptitudes à la vie de groupe ;** * **Contribuer au maintien d’un climat sain lors des activités** * **Devoir être capable de manger seul,** |
| **Pour joindre :**  **La Lanterne**  **20, chemin Raphael, La Pêche, J0X 2W0**  **819-456-4896**   * [**direction@lalanterne.ca**](mailto:direction@lalanterne.ca) |