



20, chemin Raphaël  
La Pêche, Québec J0X 2W0  
(819)456-4896  
[direction@lalanterne.ca](mailto:direction@lalanterne.ca)



<b>Demande de participation au Centre de jour de l'Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau- La Lanterne</b>	
Date de la demande de services :	
<b>Renseignements concernant le participant :</b>	
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) :	
<b>Courriel du milieu de vie :</b>	

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 : Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/>
Prénom et Nom :	
Téléphone (Résidence) :	Téléphone (Cellulaire) :
Courriel :	
Prénom et Nom :	
Téléphone (Résidence) :	Téléphone (Cellulaire) :
Courriel :	

Information du participant			
Déficiência intellectuelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Trisomies 21	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Santé mentale : Trouble anxieux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
TDA H	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Trouble dépressif	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
A-T-IL besoin d'un fauteuil roulant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Marchette	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Canne	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

**Besoin du participant et du milieu de vie**

Type d'activité : Répét  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 12

Temps non-complet : 2 jours/semaine  3 jours/semaine  4 jours/semaine

Les journées choisies 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)