



Inscription de Famille

Informations de Parent/ Soignant(e)

*Nom: _____
*Adresse: _____
*Ville: _____ *Code Postal: _____
Intersection principale: _____
*Téléphone: (d) _____ (autre) _____
Télécopieur: _____ Courriel: _____
*Lien à l'individu(e): Mère Père Grand-parent Tuteur/tutrice légale
 Autre: _____
Langue parlée à la maison: _____
* Interprète requis: Oui Non Langue (si oui): _____

Informations du Contact Primaire

Même que le parent/soignant (passez aux infos de l'individu si oui): Oui Non
Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Code Postal: _____
Telephone: (d) _____ (autre) _____
Télécopieur: _____ Courriel: _____
Lien à l'individu(e): Mère Père Grand-parent Tuteur/tutrice légale
 Autre: _____

Informations de l'individu (fils/fille)

*Nom: _____
*D.D.N.: _____
*Sexe: masculin féminin autre
*Catégorie d'âge: Préscolaires (0-5) Scolaire (6-12) Adolescents (13-17)
Adresse est la même que le parent/soignant (passez l'adresse si oui): Oui Non
Adresse: _____
Ville: _____ Code Postal: _____
Telephone: (d) _____ (autre) _____

S'il vous plaît, écrivez une liste des intérêts et des passe-temps de votre fils/fille:

Sponsored by Children's Community Network

1

respiteservices.com respects your privacy. We protect your personal information and adhere to all legislative requirements. We do not rent, sell or trade our mailing lists. The information you provide to us will be used to connect you to suitable workers, keep you informed about our activities and other respite programs/services and to send update forms. If at any time you wish to stop receiving this information, simply contact CCN at 877-272-4336 or via e-mail at sudburymanitoulin@respiteservices.com.



Informations de l'individu (fils/fille) - Suite

Diagnostic:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Comportement difficiles | <input type="checkbox"/> Déficiences intellectuels |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic double | <input type="checkbox"/> Médicalement complexe | <input type="checkbox"/> Déficiences physiques |
| <input type="checkbox"/> Troubles épileptiques | <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale | <input type="checkbox"/> Lésions cérébrale acquise |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Down | <input type="checkbox"/> SAF | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale | <input type="checkbox"/> Difficultés à avaler | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> Syndrome d'Asperger | <input type="checkbox"/> Trouble dédicitaire de l'attention (TSAH) | |

Soutien nécessaire:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maison familiale | <input type="checkbox"/> Dispositif de la communication améliorée et alternative |
| <input type="checkbox"/> Comportementale | <input type="checkbox"/> Appareils d'assistance (tels que les chaises roulantes) |
| <input type="checkbox"/> Physique (transferts et soulèvement) | <input type="checkbox"/> Langues des signes |
| <input type="checkbox"/> Parole & Langue/Communication | <input type="checkbox"/> Compagnon de camp |
| <input type="checkbox"/> Aptitudes à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> L'alimentation orale |
| <input type="checkbox"/> Soins personnels (hygiène) | <input type="checkbox"/> Soins médicaux |
| <input type="checkbox"/> Premiers Soins | <input type="checkbox"/> RCP |
| | <input type="checkbox"/> CPI |

Comment avez-vous entendu parler de respiteservices.com?

* Soutien de répit nécessaire: Travailleur de répit (à/hors domicile) Inconnu

* Personne remplissant la demande: _____

* Lien à l'individu(e): _____

Agence remplissant la demande (le cas échéant): _____

* Qui recevra l'information: Parent/Soignant(e) Contact Primaire

Conditions pour le/la travailleur(euse)

*Sexe: masculin féminin autres

*Taux de rémunération: \$10-12 \$12-15 \$15-18
 négociable taux journalier

* Nécessite un permis de conduire valide? Oui Non

* Nécessite un véhicule au cours du soutien? Oui Non

Devoirs du travailleur(euse)/Commentaires supplémentaires:

Disponibilité (autre que les mois d'été): *(Veuillez être aussi spécifique que possible)*

Sponsored by Children's Community Network

respiteservices.com respects your privacy. We protect your personal information and adhere to all legislative requirements. We do not rent, sell or trade our mailing lists. The information you provide to us will be used to connect you to suitable workers, keep you informed about our activities and other respite programs/services and to send update forms. If at any time you wish to stop receiving this information, simply contact CCN at 877-272-4336 or via e-mail at sudburymanitoulin@respiteservices.com.





Temps	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant l'école 7 à 9 heures							
Matin 9 heures à midi							
Après-midi Midi à 14 heures							
Après l'école 15 à 17 heures							
Soirée 17 heures à 23 heures							
Pendant la nuit							
Été:	Matins	Après-midis	Soirées	Fins de semaines	Pendant la nuit	Samedi	Dimanche
Autre:	Congé de mars	Fêtes	Secours				

Désirez-vous afficher une petite annonce au site respiteservices.com? OUI NON

Petite annonce de la famille :

Description de l'individu: _____

Devoirs et Activités du Travailleur(euse): _____

Disponibilité: _____

Informations supplémentaires:

* Votre préférence pour recevoir les profils de travailleurs: Poste Courriel Téléc.

Sponsored by Children's Community Network

respiteservices.com respects your privacy. We protect your personal information and adhere to all legislative requirements. We do not rent, sell or trade our mailing lists. The information you provide to us will be used to connect you to suitable workers, keep you informed about our activities and other respite programs/services and to send update forms. If at any time you wish to stop receiving this information, simply contact CCN at 877-272-4336 or via e-mail at sudburymanitoulin@respiteservices.com.





Contact Primaire à recevoir les profils par: Poste Courriel Téléc.

Souhaitez-vous une copie de la Trousse d'information pour la famille? Oui Non

*Participez-vous actuellement avec un coordonnateur de services au RCE)? Oui Non

Recevez-vous actuellement un financement de répit? Si oui, s'il vous plaît indiquer lequel des types suivants s'appliquent à vous.

- Services particuliers à domicile
- Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave
- Services de relève financés directement - RCE
- Sans objet

Avez-vous besoin de services en plus de ceux de relève? Oui Non

Veillez lire et signer la présente ci-dessous:

Je m'intéresse à m'inscrire dans le programme CHAP. Je comprends que vous utiliserez l'information que je fournis pour faciliter le processus d'appariement d'un(e) travailleur(euse) avec ma famille. Je suis prêt(e) à choisir, faire passer des entretiens et embaucher un(e) travailleur(euse) à ma discrétion.

Signature

Date

* Indique un champ obligatoire.

Sponsored by Children's Community Network

respiteservices.com respects your privacy. We protect your personal information and adhere to all legislative requirements. We do not rent, sell or trade our mailing lists. The information you provide to us will be used to connect you to suitable workers, keep you informed about our activities and other respite programs/services and to send update forms. If at any time you wish to stop receiving this information, simply contact CCN at 877-272-4336 or via e-mail at sudburymanitoulin@respiteservices.com.

4