



ID: \_\_\_\_\_

## Demande d'inscription pour la famille

### Renseignements du parent/tuteur(trice)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Initiale: \_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Appt./ Unité \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_  
Télécopieur: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Lien de parenté:  Mère  Père  Tuteur/tutrice  
Autre \_\_\_\_\_

Langue principale: \_\_\_\_\_  
 North Bay  Redbridge  West Nipissing  Mattawa  Corbeil/Bonfield

### Renseignements sur la personne-ressource principale

À cocher si la même que le parent/tuteur(trice)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Initiale: \_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Appt./Unité: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_  
Télécopieur: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Lien de parenté:  Mère  Père  Tuteur/tutrice  
Autre \_\_\_\_\_  
Langue principale: \_\_\_\_\_

### Renseignements sur l'enfant/adulte

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Initiale: \_\_\_\_

À cocher si le même que le parent/tuteur(trice)

Adresse: \_\_\_\_\_ Appt./Unité: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ M/F

Revisée Mars 2009



**ID:** \_\_\_\_\_

**Renseignements concernant l'enfant/adulte**

Préciser ses intérêts et passe-temps? Y a-t-il un plan axé sur la personne?

---

---

---

**Renseignements concernant les besoins spéciaux**

Diagnostic :

- ADHD  Allergies  Autisme  Troubles de comportements  double diagnostic  Délais de développement  Complexité médicale  Santé mentale  Handicap physique  Crises épileptiques

Autres renseignements :

- G/J tube  oxygène  pompe aspirante  trachéotomie  ventilateur

Soutien requis:

- ABA  communication alternative  comportement  médical  accessoires et appareils adaptés (fauteuils roulants)  Physique (transfères & levées)  langage des signes  orthophonie & langage  soins personnels et hygiéniques.

- Cours de secourisme (First Aid)

- PSC Prévention et secours civiques (CPR)

- gestion et prévention de crises et de comportements agressifs

Autres renseignements :

---

---

---

**Comment avez-vous pris connaissance de respiteservices.com?**

**Genre de soutien nécessaire :**

- Travailleur (euses) à domicile  hors domicile (foyer)  indécis

**Le formulaire a été rempli**

**par :** \_\_\_\_\_

**Lien avec la personne faisant la demande:**

- Qui doit recevoir les renseignements :**  Parent/tuteur  Personne contacte

*Veuillez envoyer le formulaire complet aux Services de relève à l'adresse indiquée ci-dessous.*

---

---

---



ID: \_\_\_\_\_

**À compléter si vous faites demande à la banque de données du programme CHAP .**

**Exigences :**

**Travailleur (euse):**  Femme  Homme

**Taux de :**  \$10-\$12  \$12-\$15  Négociable

Permis de conduite  Véhicule

**Tâches et responsabilités :**

*Précisez les soins particuliers et les tâches particulières nécessaires ainsi que les attentes.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Disponibilité du travailleur(euse):**

Heures	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Avant les heures de classe							
Matinée							
Après-midi							
Après les heures de classe							
Soirée							
Nuit							
Autre:	Mois d'été			Semaine de relâche en mars	Jours de fête	Répit	
	Matinée	Après-midi	Soirée	Fin de semaine			



**ID:** \_\_\_\_\_

**Annonce :**

**Désirez - vous poster une annonce sur le site Internet:**  Oui  Non

Si oui, veuillez composer une annonce pour le site Internet. L'affichage de cette annonce permettra aux travailleurs(euses) CHAP/Respite à la recherche de contrats de visionner les possibilités et poster leur candidature qui sera envoyée à la famille. Les renseignements personnels de la famille ne sont pas affichés dans l'annonce. Lors de l'inscription, un numéro d'identification sera attribué à chaque famille afin de les identifier.

### **ANNONCE CHAP CONCERNANT LA FAMILLE**

Renseignements concernant l'enfant/adulte:

---

---

---

---

Tâches, responsabilités et activités :

---

---

---

---

---

#### **Autres Informations**

**Je désire recevoir les profils de travailleurs possibles :**  courrier

télécopieur  courrier électronique

**Désirez-vous recevoir une copie du livret :**

*CHAP Information Package for Parents?*

#### **Veillez lire et signer :**

*Je désire m'inscrire au programme CHAP/Respite. Il est à noter que CHAP/ Respote ne joue qu'un rôle d'intermédiaire entre les familles et les travailleurs(euses). Toute information sera utilisée strictement pour faciliter le processus d'embauche des travailleurs(euses) pour ma famille. Je suis le seul responsable de l'entrevue, de la sélection et de l'embauche du travailleur (euse). Il est fortement suggéré que la famille communique avec le programme CHAP une fois le premier service effectué, afin de nous faire parvenir leurs commentaires.*

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez envoyer à: CHAP "Community Helpers for Active Participation" Service de relève 214  
Second avenue ouest, North Bay, ON P1B 3K9.