

Formulaire

Organismes à but non lucratif gestionnaires de camps de jour dédiés exclusivement aux personnes handicapées – Camps de jour 13-21 ans

Programme de soutien financier 2021

1. Informations générales

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme |  |
| Nom du responsable de la demande |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse électronique |  |
| Téléphone |  |

2. Description du projet et type d’accompagnement

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Description | | | | | |
|  | | | | | |
| Lieu de réalisation |  | | | | |
| Date de début |  | Date de fin |  | | |
| Nombre de jours par semaine |  | Nombre d’heures  par jour |  | Nombre d'heures par semaine |  |

3. Adaptation

|  |
| --- |
| Quelles sont les adaptations que vous aurez à effectuer pour offrir le service? |
| Achat ou fabrication de matériel adapté (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles) |
| Adaptation de la programmation (contenu des programmes établi en fonction des caractéristiques de la personne) |
| Modification des activités |
| Adaptation des bâtiments et de l’équipement (ex. : rampe d’accès, signalisation, lève-personne) |
| Autre (précisez) : |

4. Formation

|  |
| --- |
| Quelles formations sont prévues pour votre personnel? |
| Formation en accompagnement : *Certification en accompagnement camp de jour* (exceptionnellement, compte tenu du  contexte actuel, cette formation sera offerte gratuitement en ligne, sous formule hybride) |
| Sensibilisation en animation : *Mieux comprendre la différence pour mieux agir* (exceptionnellement, compte tenu du contexte actuel, cette formation sera offerte gratuitement en ligne, sous formule hybride) |
| *Diplôme d’aptitude aux fonctions d’animateur* (DAFA) (animateur) |
| Secourisme |
| Autre (spécifiez) : |
| Aucune formation prévue (pourquoi?) : |

5. Description et identification du participant

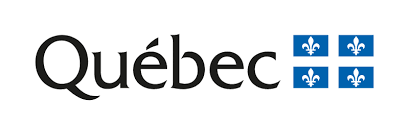
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Participant | Âge |  | Nature de l’incapacité | | | | | | J’atteste que le participant a reçu un diagnostic | Jumelage | | Détailler le ratio / besoin d’accompagnement  1/1  1/2  1/3  1/4  Autre (précisez) |
| Intellectuelle | Trisomie 21 | Physique (spécifier)  -motrice  -visuelle  -auditive  -dyspraxie | Trouble du langage  et de la parole | Trouble du spectre  de l’autisme | Problème de santé mentale | Autre (précisez) | Oui | Non |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6. Coût de l’accompagnement (subvention demandée au programme)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Participant /  numéro | Nombre  d’accompagnateurs | Nombre d’heures effectuées (240 h maximum par accompagnateur) | Taux horaire - 13,50 $  **Sans les charges sociales** | **Total** |
|  |  |  | $ | $ |
|  |  |  | $ | $ |
|  |  |  | $ | $ |
|  |  |  | $ | $ |
|  |  |  | $ | $ |
|  |  |  | $ | $ |
| **TOTAL** |  |  | $ | $ |

7. Déclaration d’engagement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cette demande a reçu l’approbation de notre corporation le       . Nous certifions que les demandes de soutien financier adressées au Conseil Sport Loisir de l’Estrie dans le but de payer les frais d’un service d’accompagnement lors d’activités de camps de jour sont réelles et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.  De plus, si le financement demandé est accordé à notre corporation, nous nous engageons à l’utiliser dans le respect des exigences prévues au programme. Si pour une raison majeure nous étions dans l’impossibilité de respecter notre engagement, nous devrons contacter le Conseil Sport Loisir de l’Estrie afin de prendre une entente sur la procédure à suivre. | | | |
| Nom |  | Fonction |  |
| Signature |  | Date |  |

****

Le formulaire doit être acheminé au CSLE   
**au plus tard le 30 avril 2021**. Faire parvenir votre demande par courrier électronique, à Claire Gaudreault, au [cgaudreault@csle.qc.ca](mailto:cgaudreault@csle.qc.ca).