

# **Directives pour remplir le formulaire de demande de la Carte accompagnement loisir (CAL)**

## **Comment demander la CAL ?**

Vous devez remplir la demande complète qui comprend :

- Votre formulaire rempli
- Les **sections D et E** complétées par un intervenant de la santé ou des services sociaux
- Votre photo

## **Section D et E**

Faites signer la section **D** et **E** par un intervenant de la santé et des services sociaux parmi ceux-ci :

- Audiographe
- Criminologue
- Éducateur spécialisé ou technicien en éducation spécialisée
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Inhalothérapeute
- Médecin généraliste (omnipraticien)
- Médecin spécialiste (cardiologue, pneumologue, neurologue, psychiatre, ophtalmologue, rhumatologue, etc.)
- Optométriste
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Psychoéducateur
- Psychologue
- Spécialiste en réadaptation en déficience intellectuelle
- Spécialiste en orientation et mobilité
- Travailleur social ou technicien en travail social
- Thérapeute en réadaptation physique

## **Quelle photo dois-je envoyer ?**

Vous devez envoyer une photo de votre visage. Elle sera imprimée sur votre carte pour vous identifier.

La photo doit respecter les critères suivants :

- L'extension du document informatique (ou format) de la photo doit être en JPG, si vous l'envoyez par courriel ou la joignez à votre demande en ligne dans le site Web.
- La photo peut être prise avec un cellulaire.
- La photo doit avoir été prise au cours des 6 derniers mois.
- La photo peut être en noir et blanc ou en couleur. Elle doit être claire :
  - Votre visage doit être dégagé, sans reflet dans les lunettes, sans chapeau et sans ombre.

## **Où envoyer ma demande ?**

Par courriel à l'adresse : [cal@aqlph.qc.ca](mailto:cal@aqlph.qc.ca)

Veuillez joindre :

- Votre formulaire en format « PDF »
- Votre photo en format « JPG »

## **OU**

Par la poste à l'adresse :

AQLPH – CAL  
25, rue des Forges, bureau 320  
Trois-Rivières (Québec) G9A 6A7

Veuillez joindre :

- Votre formulaire rempli (incluant les sections D et E)
- Votre photo (nom et prénom au dos)

# Formulaire de demande pour la Carte accompagnement loisir (CAL)

**Ne pas oublier de joindre au formulaire :**

- Photo** du demandeur (visage dégagé, visible)
- Sections D et E** remplies par un intervenant de la santé ou des services sociaux

**A**

## Renseignements sur le demandeur – section à remplir par tous

|  |                  |                      |             |
|--|------------------|----------------------|-------------|
| Prénom   |                  | Nom                  |             |
| Numéro   | Rue              |                      | App.        |
| Ville  |                  | Pays                 | Code postal |
| Téléphone domicile   | Téléphone bureau | Téléphone cellulaire |             |
| Genre : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre |                  |                      |             |
| Adresse courriel   |                  |                      |             |
| Date de naissance (AAAA-MM-JJ)   |                  |                      |             |

### J'ai besoin d'accompagnement pour :

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Communiquer avec les autres           | <input type="checkbox"/> M'alimenter |
| <input type="checkbox"/> Faire l'activité de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Me déplacer |
| <input type="checkbox"/> M'aider pour mes besoins personnels   | <input type="checkbox"/> M'orienter  |

### S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant vos besoins d'accompagnement :

**B****Coordonnées du représentant du demandeur (s'il y a lieu)**

|  |                  |                      |
|--|------------------|----------------------|
| Prénom   | Nom              |                      |
| Téléphone domicile   | Téléphone bureau | Téléphone cellulaire |
| Adresse courriel   |                  |                      |
| Lien avec la personne handicapée   |                  |                      |
| <input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> Tuteur<br><input type="checkbox"/> Conjoint/conjointe <input type="checkbox"/> Autre : |                  |                      |

**C****Engagement et signature de la personne demandant la Carte accompagnement loisir (CAL) – section à remplir par tous**

Si j'obtiens la Carte accompagnement loisir (CAL), je m'engage à :

- Présenter la carte auprès des organismes partenaires qui la reconnaissent;
- Choisir une personne capable d'agir à titre d'accompagnateur et de répondre à mes besoins pour un déroulement adéquat et sécuritaire de l'activité;
- Informer l'équipe de la CAL de tout changement de coordonnées, perte, vol ou bris de la carte;
- Respecter l'interdiction de prêt de la carte à une autre personne.

Je certifie que les renseignements que j'ai donnés pour déterminer mon admissibilité à la carte sont véridiques.

Signature de la personne demandant la Carte accompagnement loisir ou son représentant

Date (AAAA-MM-JJ)

**La section D doit être remplie par l'intervenant de la santé ou des services sociaux**

|   |   |
|---|---|
| <b>D</b>  | <b>Autorisation de divulgation de renseignements personnels pour une vérification auprès d'un intervenant du réseau de la santé ou des services sociaux</b> |
| J'autorise l'intervenant, dont le nom apparaît plus bas, à confirmer l'information fournie à la section A aux seules fins d'avoir accès à la CAL. |   |
| Prénom de l'intervenant   | Nom de l'intervenant  |
| Prénom du demandeur   | Nom du demandeur  |
| Date de naissance (AAAA-MM-JJ)  |   |
| Signature de la personne demandant la Carte accompagnement loisir ou son représentant   |   |
| Date (AAAA-MM-JJ)   |   |

**Consulter la liste des intervenants autorisés à signer votre formulaire dans le document « Directives ».**

**Cette autorisation est valide pour une période de 90 jours à partir de la date de la signature.**

**La section E doit être remplie par l'intervenant de la santé ou des services sociaux**

**E Attestation par un intervenant de la santé ou des services sociaux**

Selon les informations dont je dispose, j'atteste que le demandeur, dont le nom apparaît plus bas, a besoin d'accompagnement pour les raisons suivantes :

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Communiquer avec les autres           | <input type="checkbox"/> S'alimenter |
| <input type="checkbox"/> Faire l'activité de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Se déplacer |
| <input type="checkbox"/> Être aidé pour ses besoins personnels | <input type="checkbox"/> S'orienter  |

**S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant vos besoins d'accompagnement :**

Prénom du demandeur

Nom du demandeur

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

**Informations sur l'intervenant de la santé ou des services sociaux**

|                            |             |                      |        |
|----------------------------|-------------|----------------------|--------|
| Prénom de l'intervenant    |             | Nom de l'intervenant |        |
| Nom de l'établissement     |             |                      |        |
| Numéro                     | Rue         |                      | Bureau |
| Ville                      | Pays        | Code postal          |        |
| Téléphone                  | Télécopieur | Adresse courriel     |        |
| Signature du professionnel |             | Date (AAAA-MM-JJ)    |        |
| Profession                 |             | No permis d'exercice |        |

## **Section facultative**

Cette section du formulaire est facultative. Cette information restera confidentielle et sera utilisée seulement pour une meilleure compréhension des profils des utilisateurs, afin de vous offrir de meilleurs services.

Veuillez identifier **votre handicap principal** en cochant la case appropriée :

- Déficience auditive
- Déficience de langage (aphasie, dysphasie)
- Déficience intellectuelle
- Déficience motrice/physique
- Déficience visuelle
- Trouble du spectre de l'autisme
- Autre :

## **Protection des renseignements personnels – information pour tous**

Les renseignements personnels recueillis sont nécessaires à l'étude de votre demande. Seul le personnel concerné au sein de l'équipe de la CAL peut y accéder.

La CAL est émise par l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH), avec le soutien des instances régionales responsables du loisir des personnes handicapées et la participation financière du gouvernement du Québec.