

La section D doit être remplie par les personnes n'ayant pas de preuve d'admissibilité

D	Autorisation de divulgation de renseignements personnels pour une vérification auprès d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux
J'autorise l'intervenant de la santé, 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 de la santé	Nom de l'intervenant de la santé
Prénom du demandeur	Nom du demandeur
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Signature de la personne demandant la carte 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

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 aider pour ses besoins personnels | <input type="checkbox"/> S'orienter |

Considérant que la CAL est à renouveler au 5 ans, est-ce que le demandeur aura encore les mêmes besoins d'accompagnement dans 5 ans ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> À valider | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|

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

Prénom du demandeur

Nom du demandeur

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Prénom de l'intervenant de la santé

Nom de l'intervenant de la santé

Nom de l'établissement

Numéro

Rue

Bureau

Ville

Province

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.