

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT

Programme d'inclusion pour les enfants ayant des besoins particuliers pour les camps de jour de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve.

CECI N'EST PAS LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR

Afin de garantir la meilleure expérience possible, nous souhaitons recueillir des informations sur les besoins spécifiques de votre enfant. L'analyse de ce document, nous permettra d'offrir un service adapté aux besoins de votre enfant. Merci de votre collaboration
Le formulaire reçu au plus tard le 24 avril seront traités en priorité.

Important : La sélection du site de camp de jour et du groupe se fera au moment de l'inscription et selon la recommandation des intervenants.

VOS CHOIX DE CENTRE ET DE SEMAINE.

Site et groupe souhaités	Numéroté en priorité les semaines où vous souhaitez bénéficier d'un accompagnement en camp de jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Commentaire :
1 ^{er} choix				
2 ^e choix	Si vous connaissez déjà des semaines où vous n'allez pas avoir besoin d'un camp de jour, vous pouvez rayer entièrement cette semaine			
3 ^e choix	<input type="checkbox"/> 22 juin <input type="checkbox"/> 29 juin <input type="checkbox"/> 6 juillet <input type="checkbox"/> 13 juillet <input type="checkbox"/> 20 juillet <input type="checkbox"/> 27 juillet <input type="checkbox"/> 3 août <input type="checkbox"/> 10 août			
Vérifier sur le site web de votre organisme pour connaître l'âge et les dates d'ouverture celles-ci diffèrent d'un centre à l'autre.				

1. Renseignements sur l'identité de l'enfant et ses parents/tuteurs

Nom de l'enfant		Prénom	
Adresse principale (numéro, rue, appartement)			
Ville : Montréal	Province QC	Code postal	Téléphone (résidence)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Âge _____ Ans	Genre <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non-binaire
Parent 1 - Nom du parent ou du responsable		Prénom	
Téléphone (résidence)		Téléphone (cellulaire)	
Lien avec l'enfant		Courriel	
Parent 2 - Nom du parent ou du responsable		Prénom	
Téléphone (résidence)		Téléphone (cellulaire)	
Lien avec l'enfant		Courriel	
L'enfant habite avec <input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2		L'enfant a une sœur ou un frère qui sera aussi inscrit au camp de jour <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre (précisez) :		Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) :	
L'enfant fréquente présentement l'école : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui à temps plein <input type="checkbox"/> Oui à temps partiel (précisez le nombre d'hres/sem) :			
Si oui, quel est le nom de son école?		Est-il dans une classe régulière ou adaptée ? <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Adaptée (précisez) :	
Quel est l'horaire de fréquentation habituel de l'enfant :			
1. École : heure d'arrivée : / heure de départ :			
2. Service de garde : arrivée le matin : / départ en fin de journée : / <input type="checkbox"/> l'enfant ne fréquente pas le service de garde			
Description des services particuliers offerts par l'école :			
Titre de l'intervenant	Nombre d'hres/sem	Environnement	<input type="checkbox"/> L'enfant ne bénéficie pas de services particuliers offerts par l'école
		<input type="checkbox"/> En classe <input type="checkbox"/> hors classe	
		<input type="checkbox"/> En classe <input type="checkbox"/> hors classe	

2. Historique et accompagnement

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp de jour? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la section 4)	Quel camp fréquentait-il?	Été le plus récent (année) :	Bénéficiait-il d'un accompagnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dans la dernière année, y a-t-il eu des changements significatifs dans la vie de l'enfant qui ont une incidence sur ses comportements? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : (si non, passez à la section 4)			
Est-ce que ces changements ont eu un impact sur les comportements de enfant? <input type="checkbox"/> Impact positif <input type="checkbox"/> Impact négatif <input type="checkbox"/> Aucun impact Précisez :			

3. Statut du diagnostic de l'enfant (facultatif)

Votre enfant a-t-il <u>recu</u> un diagnostic? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Votre enfant est-il <u>en attente</u> d'un diagnostic <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic dans la section 4)
---	---

4. Intervenant(s) de l'enfant (éducateur spécialisé, travailleur social, psychologue, etc.)

Intervenant(s)				École (Précisez le nom)	Autre (Précisez)
	Direction DI-TSA-DP	Direction Jeunesse (DJ)	Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)		
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u>					
Nom du professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Titre					
Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u>					
<input type="checkbox"/> Aucun intervenant ne suit mon enfant.					

5. Nature des limitations de l'enfant

	Légère	Moyenne	Sévère
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique (TSA)	<input type="checkbox"/> Niveau 3 – besoin de soutien très important <input type="checkbox"/> Niveau 2 – besoin de soutien important <input type="checkbox"/> Niveau 1 – besoin de soutien		verbal non verbal
Trouble de la communication sociale			
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Fine	Globale	Fine et globale
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :		
Déficience auditive			
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole	Expression	Compréhension	Mixte
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	Avec hyperactivité (TDAH) <input type="checkbox"/>		
Sans hyperactivité (TDA) <input type="checkbox"/>			
Précisez :			
Trouble de la santé mentale			
Précisez :			
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité
Santé particulière			
<input type="checkbox"/> (ex. : allergies sévères, épilepsie, diabète avec ou sans pompe...)	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Peurs, phobies importantes	Précisez :		
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :		

6. Portrait des comportements de l'enfant

Est-ce que l'enfant adopte les comportements suivants?

COMPORTEMENTS	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un langage inapproprié (insulte ou blasphème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition aux consignes et aux règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'éloigne du groupe (fugue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brise le matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éveil sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté avec les transitions d'activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à gérer les situations imprévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à déroger de ses routines ou rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort tactile (n'aime pas être touché)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue excessive après un effort jugé normal pour un enfant de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Interventions privilégiées

De quelle façon doit-on intervenir en présence de l'un de ces comportements?

8. Évaluation du niveau de soutien nécessaire

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :

SITUATIONS	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide
1. AUTONOMIE					
Habillement (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (ex. : toilette) Culotte de protection :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (ex. : repas et collation) Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS					
Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. COMMUNICATION					
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DÉPLACEMENT (Si l'enfant se déplace en fauteuil roulant, passez à la question suivante)					
Marche en terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autobus et métro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors des situations de vie énoncées, l'enfant a besoin :			
SITUATIONS	Oui	Non	Précisez
5. AIDE A LA MOBILITÉ			
Utilisation d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation d'une canne ou de béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. AIDE A LA COMMUNICATION			
Utilisation de pictogrammes, tableau, ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage des signes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Existe-t-il une raison qui empêcherait ou limiterait la participation de l'enfant à une journée régulière de camp de jour (ex. : durée de la journée (8 h à 17 h), type d'activités, chaleur excessive, etc.)?

Non Oui (si oui, précisez :)

11. Y a-t-il d'autres renseignements importants à connaître afin de mettre en place, pour l'enfant, des mesures pour :

- faciliter son autonomie Précisez :

- faciliter sa participation Précisez :

- limiter ou contrôler des situations de Désorganisation Précisez :

12. Quels sont les forces et les intérêts de l'enfant?

13. Participation de l'enfant à d'autres activités de loisir pendant l'année

Votre enfant participe-t-il à d'autres activités de loisir pendant la période des mois de septembre à mai? Non Oui

Si oui, quelle(s) activité(s)?

Et auprès de quelle(s) organisation(s)?

Durant ces activités, bénéficiait-il d'un accompagnement

Non Oui

Si oui, selon quel ratio d'accompagnement (animateur/enfant)

1/1 1/2 1/3 Autre :

14. Horaire de fréquentation de l'enfant au camp de jour

Nous devons prévoir les périodes de fréquentation de votre enfant afin de lui apporter le soutien nécessaire durant sa présence au camp de jour. Décrivez la fréquentation prévue.

Horaire de fréquentation prévu (heures d'arrivée et départ prévus)

Dates prévues de vacances

15. Consentements, autorisations et signature du répondant

*** Veuillez lire attentivement chaque affirmation et apposer vos initiales dans la case prévue à cette fin. ***

1. Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du <i>Programme d'inclusion pour les enfants ayant des besoins particuliers dans les camp de jour de Mercier-Hochealga-Maisonneuve.</i>	
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets. Dans le cas contraire, les intervenants du camp de jour se réserve le droit de considérer la demande non admissible.	
3. Je comprends que si le portrait des besoins de mon enfant venait à changer entre la tenue du comité d'analyse et le début du camp de jour ou pendant la réalisation du camp de jour, la demande de mon enfant devra faire l'objet d'une nouvelle analyse.	
4. J'autorise les personnes directement impliquées dans la gestion du <i>Programme d'inclusion</i> à contacter les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire, et ce, afin d'obtenir des renseignements complémentaires.	
5. Je m'engage à informer de ma présente demande les personnes-ressources dont les coordonnées sont mentionnées dans ce formulaire. De plus, je les autorise à fournir des renseignements complémentaires pour permettre l'analyse de ma demande.	
6. Je m'engage à respecter la décision des intervenants du camp de jour.	
7. Je m'engage à collaborer avec le personnel dès que celui-ci en fait la demande.	
Signature :	Date (aaaa/mm/jj)
Nom en lettres majuscules :	Lien avec l'enfant :

Afin de faciliter l'évaluation de dossier, le formulaire doit être transmis par courriel à l'adresse suivante:

inclusionmhm@gmail.com le **24 avril au plus tard**.

Je consens à ce que des renseignements personnels tels que l'âge, l'identité de genre, le code postal de résidence de mon enfant soient transmis aux Programme d'inclusion et ces bailleurs de fond soutenant le programme des camps de jour, et ce, à des fins purement statistiques. Je comprends que le nom de mon enfant ne sera pas lié à ces données et que les renseignements personnels recueillis seront traités confidentiellement

OUI

NON

16. Recommandation d'un intervenant**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT****(CIUSS, ÉCOLE, ORGANISME GESTIONNAIRE DE CAMP DE JOUR, ETC.)**Message destiné à l'intervenant

Au moment de réaliser une demande au *Programme d'inclusion au camp de jour*, le parent/tuteur de l'enfant a rempli un formulaire contenant plusieurs renseignements sur les besoins de l'enfant. Votre expertise est essentielle pour nous, car elle sera un complément important dans l'analyse du niveau de soutien requis pour l'enfant.

Vos réponses nous guideront aussi dans la mise en œuvre des recommandations et des accommodements nécessaires pour favoriser la participation active aux activités et permettre une intégration optimale de l'enfant.

Vous devez consulter le programme afin de vous familiariser avec les objectifs et la nature exacte du service offert.

Identification de l'enfant						
Nom de l'enfant				Date de naissance		
Activités	Aide constante	Aide fréquente	Aide ponctuelle	Supervision verbale	Aucune aide	Ne sais pas
Rassemblement (participe aux activités où il y a une grande foule, beaucoup de bruits, musique forte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité (fait le choix de comportements qui assure la sécurité à lui-même, assure la sécurité des autres enfants et des adultes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements et accessibilité (suit le un groupe, se place en rang, marche plusieurs minutes, est en mesure de se déplacer sur un terrain pouvant être accidenté, accès au site de camp de jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communications <u>Expression</u> : Être en mesure de s'exprimer (communication verbale ou non verbale, utilisation d'outils ou de signes, capacité à verbaliser ses émotions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Compréhension</u> : Être en mesure de comprendre (comprend les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Interaction</u> : Entrer en relation avec les autres (interagir avec les autres pour avoir des liens, joue et échange avec les autres jeunes, utilise des stratégies d'interaction de façon appropriée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux structurés (attend son tour, se concentre pour pratiquer une activité durant 15 à 45 minutes, selon l'âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux sportifs (sait gérer l'esprit de compétition, respecte les consignes, sa motricité globale est suffisante pour jouer au rythme du groupe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bricolages (en mesure de suivre un modèle, sa motricité fine lui permet d'utiliser du matériel spécialisé – ciseau, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas (demeure assis au sol ou sur une table de pique-nique, est autonome, gère sa boîte à lunch : je mange quoi et dans quel ordre?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piscine (s'il y a lieu) (se change de vêtements, gère ses objets personnels, participe à la période de baignade malgré le bruit et les éclaboussures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sorties (prend l'autobus, visite de nouveau environnement, changement de la routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité d'adaptation (s'adapte aux bouleversements à l'horaire, changement de moniteur ou d'accompagnateur, modification des règles d'un jeu, s'adapte lors des moments de transitions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une désorganisation

Comportements observables (fréquence, intensité, durée)	Interventions à privilégier
---	-----------------------------

Accommodements à mettre en place

Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en place pour que l'enfant puisse intégrer le camp de jour?
(ex. : accompagnement en ratio réduit, horaire, transitions, aide à la communication, aménagement physique, matériel...)

Recommandations pour les services estivaux

1. Une aide ponctuelle sans accompagnement serait suffisante :

Non Oui

(si oui, passez à la question 4)

2. L'enfant doit obtenir un accompagnement selon le ratio suivant :
(avoir en tête que l'enfant participe à des activités d'un camp de jour dans un groupe régulier et que l'accompagnant est réalisé par un étudiant de 15 ans et plus)

- 1 accompagnateur / 1 enfant intégré dans un groupe
 1 accompagnateur / 2 enfants intégrés dans un même groupe
 1 accompagnateur sur site / 3 enfants intégrés dans différents groupes
 Autre, précisez :

3. L'accompagnement idéal serait réalisé par :

une femme un homme sans importance

4. L'enfant peut intégrer un groupe de :

son âge plus jeune plus vieux sans importance

Signature de l'intervenant

Je reconnais avoir lu et compris l'offre de service du Programme d'intégration pour les enfants ayant des besoins particuliers aux camps de jour de l'arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve.		Initiales
Nom	Date (aaaa/mm/jj)	
Organisation	Téléphone (incluant le numéro du poste)	
Titre	Courriel	

IMPORTANT

Afin de faciliter l'évaluation de dossier, le formulaire doit être transmis par courriel à l'adresse suivante: inclusionmhm@gmail.com au plus tard le **24 avril**.

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.