

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 1er mai 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 | Mettre un X sur les semaines que vous n'avez pas besoin. - numéroté les autres semaines en commençant pas la plus prioritaire jusqu'à la moins importante (8) | Heure d'arrivée | Heure de départ | Commentaire : |
|--|--|-----------------|-----------------|---------------|
| 1 ^{er} choix | | | | |
| 2 ^e choix | | | | |
| 3 ^e choix | | | | |
| 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. | <input type="checkbox"/> 23 juin <input type="checkbox"/> 30 juin <input type="checkbox"/> 7 juillet <input type="checkbox"/> 14 juillet <input type="checkbox"/> 21 juillet <input type="checkbox"/> 28 juillet <input type="checkbox"/> 4 août <input type="checkbox"/> 11 août <input type="checkbox"/> 18 août | | | |

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 (au 30 septembre) ____ Ans | Genre <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non-binaire | |
| Parent 1 - Nom du parent ou du responsable | | Prénom | | | Lien avec l'enfant |
| Téléphone (résidence) | | Téléphone (cellulaire) | | | Courriel |
| Parent 2 - Nom du parent ou du responsable | | Prénom | | | Lien avec l'enfant |
| Téléphone (résidence) | | Téléphone (cellulaire) | | | 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 Si oui, quel est l'âge de cet(ces) enfant(s) : |
| Autre (précisez) : | | | | | |
| 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 : hre d'arrivée : / hre 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 l'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>reçu</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) | | | | | |
| Direction DI-TSA-DP | | Direction Jeunesse (DJ) | Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) | École (Précisez le nom) | Autre (Précisez) |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| Nom du professionnel | | | | | |
| Titre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Téléphone (incluant le numéro du poste) et <u>courriel</u> | | | | | |
| Nom du professionnel | | | | | |
| Titre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 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

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | Légère | Moyenne | Sévère |
| | 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 | | |
| <input type="checkbox"/> Santé particulière (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"/> |

| COMPORTEMENTS (suite) | FRÉQUEMMENT | PARFOIS | RAREMENT | JAMAIS |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 | | | | | |
| 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"/> |

| SITUATIONS (suite) | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Communication Compréhension des consignes | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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"/> |

8. Évaluation du niveau de soutien nécessaire (suite)

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

| SITUATIONS | Oui | Non | Précisez |
|--|--------------------------|--------------------------|----------|
| 5. Aide à 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 à 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 :)

| | | |
|---|----------------------|--|
| 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 **1er mai au plus tard** .

16. Recommandation d'un intervenant**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE UNIQUEMENT PAR UN INTERVENANT****(CIUSSS, 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 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) <u>Compréhension</u> : Être en mesure de comprendre (comprend les adultes quand ils lui parlent, comprend les consignes et les limites) <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"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| Activités (suite) | Aide constante | Aide fréquente | Aide ponctuelle | Supervision verbale | Aucune aide | Ne sais pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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'accompagnement 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 le 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 age plus jeune plus vieux

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 **1er mai**.

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.