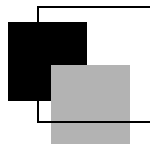


Programme d'accompagnement
en loisir pour les personnes
handicapées

2010-2011

Volet Camps de vacances
(avec hébergement)



Date d'échéance : 26 mars 2010

Le sceau de la poste faisant foi
Sous réserve de l'approbation des crédits par le Conseil du trésor

Volet Camps de vacances (avec hébergement)

Le camp de vacances qui présente une demande pour des participants à un camp de jour (sans hébergement) doit remplir le formulaire prévu au volet Organismes et municipalités et transmettre la demande à l'unité régionale de loisir et de sport (URLS) ou l'association régionale pour le loisir des personnes handicapées (ARLPH) de la région de résidence du demandeur.

Identification

Renseignements généraux

(Écrire en lettres moulées)

Nom de l'organisme (nom officiel selon la charte)

Immatriculation

Numéro d'immatriculation indiqué sur la déclaration annuelle 2009 « personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec

Adresse de correspondance

Ville

Code postal

Adresse de localisation du camp

Ville

Code postal

Présidence – Coordonnées au travail

Présidence	M.	M ^{me}
Nom		
Prénom		

Téléphone	poste :
Autre téléphone	poste :
Télécopieur	
Courriel	@

Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l'organisme.

Personne autorisée à répondre pour l'organisme – Coordonnées au travail

Nom	Téléphone	poste :
Prénom	Autre téléphone	poste :
Fonction	Télécopieur	
	Courriel	@

Nature de l'organisme

À quel type de camp votre établissement appartient-il principalement (ne cochez qu'un type de camp)?

Camp de jeunes Camp spécialisé pour personnes handicapées Camp familial

Statut de l'organisme :

Propriétaire Locataire Gestionnaire de l'établissement qui fait l'objet de la présente demande

Depuis combien d'années l'établissement est-il actif? _____ans

Quelle est votre capacité d'accueil (nombre de campeurs accueillis simultanément)? _____ campeurs

Quel est le **ratio d'accompagnement habituellement** offert par votre organisme pour les personnes handicapées sans le soutien financier de ce programme?

1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3 1 pour 4 Autre _____ Aucun

Quel est le **ratio d'accompagnement demandé** dans le cadre de ce programme pour les personnes handicapées?

1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3 1 pour 4 Autre _____

Services d'accompagnement admissibles : **Seuls seront considérés les services d'accompagnement qui ne peuvent être offerts dans le cadre de la mission ou des services réguliers de l'organisme.**

Votre organisme est-il membre

de l'Association des camps du Québec? Oui Non

du Mouvement québécois des vacances familiales? Oui Non

Période d'ouverture de l'établissement et types de services offerts

Été seulement Annuelle continue Annuelle intermittente

Types de services offerts par le camp :

Hébergement Restauration Animation

1. Actions prévues ou effectuées par le camp pour soutenir l'intégration de la personne handicapée

Cochez tous les éléments qui vous concernent.

1.1 Intégration sociale

Mesures particulières pour faciliter l'intégration sociale de la personne handicapée en milieu régulier

Activités organisées dans des sites publics (culturels, touristiques, sportifs)
(ex. : festival, piscine publique, théâtre)

Projets d'intégration avec d'autres groupes ou d'autres campeurs

Activités offertes à l'ensemble de la communauté
(ex. : cours de natation, cours de hockey, club de baseball, cours de peinture, club d'ornithologie)

1.2 Adaptation

Actions prévues ou déjà accomplies pour faciliter la participation de la personne handicapée à l'activité choisie

Achat de matériel adapté (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles)

Adaptation des programmes (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne)

Adaptation des activités (modification du rythme des activités, définition des activités en fonction des capacités physiques ou intellectuelles de la personne)

Adaptation des bâtiments et de l'équipement
(ex. : rampe d'accès, embarcation, lit, balançoires)

1.3 Formation du personnel d'accompagnement

Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées donnée par :

l'ARLPH

le camp lui-même

le Centre de réadaptation

le personnel a une formation scolaire spécialisée dans le domaine

le CLSC

aucune formation n'est prévue

autre (précisez) :

Reproduire cette page au besoin selon le nombre de participants

3. Coût de l'accompagnement

CAMP DE SÉJOUR

Nombre d'accompagnateurs requis	×	Nombre de nuitées	×	Tarif d'hébergement par nuitées	=	Total
N ^{os} des participants _____						
_____	×	_____	×	65 \$	=	_____ \$
<small>Nombre d'accompagnateurs</small>		<small>Nombre de nuitées</small>		<small>Tarif par nuitée</small>		<small>Total</small>
N ^{os} des participants _____						
_____	×	_____	×	65 \$	=	_____ \$
<small>Nombre d'accompagnateurs</small>		<small>Nombre de nuitées</small>		<small>Tarif par nuitée</small>		<small>Total</small>
N ^{os} des participants _____						
_____	×	_____	×	65 \$	=	_____ \$
<small>Nombre d'accompagnateurs</small>		<small>Nombre de nuitées</small>		<small>Tarif par nuitée</small>		<small>Total</small>
_____		_____			=	_____ \$
Nombre total d'accompagnateurs		Nombre total de nuitées				Total de la demande

4. Renseignements sur la police d'assurance

Nom de la compagnie d'assurances
Numéro de la police
Date d'expiration de la police
Montant de la protection pour l'assurance responsabilité civile
\$

5. Pièces à joindre obligatoirement*

Rapport d'évaluation, si une subvention a été reçue l'année précédente	Ci-joint Déjà transmis Suivra à la fin de l'activité le : _____
Copie des lettres patentes dans le cas d'une première demande ou d'un changement de lettres patentes	Ci-jointe Déjà transmise
Copie de la déclaration annuelle pour l'année 2009 - personne morale délivrée par le Registraire des entreprises du Québec	Ci-jointe
Description du camp	Dépliant

* Pour que votre demande soit admissible, vous devez transmettre TOUS les documents mentionnés ci-dessus.
En l'absence d'un de ces documents, nous ne pourrions traiter votre demande.

6. Responsabilité de l'organisme

Nous certifions que les demandes adressées à notre organisme afin d'obtenir une aide financière pour payer les frais d'un service d'accompagnement lors d'une activité de loisir sont réelles et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l'aide financière demandée est accordée à notre organisme, nous nous engageons à l'utiliser dans le respect des exigences prévues au Programme.

Prénom et nom (en lettres moulées)

Fonction de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

jj-mm-aaaa

Le camp de vacances doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, à l'adresse suivante :

Programme d'accompagnement en loisir
(camps de vacances)
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Direction du loisir
200, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1R 6B2

Les demandes doivent être transmises par courrier postal seulement.
Aucune demande par télécopieur ou par courrier électronique ne sera acceptée.