



## Samedi-thérapie

2017-2018

à l'École élémentaire catholique  
La Croisée d'Embrun

Anne-Marie  
ZÖÖTHÉRAPIE



Le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la SFOA a le plaisir d'offrir à nouveau son programme de thérapies visant à améliorer les habiletés de communication et de motricité fine & globale pour les enfants autistes francophones de 3 à 33 ans

**le samedi de 9h à 12h une fois par mois**

septembre	9 sept. 2017	ÉÉECE -La Croisée
octobre	14 oct. 2017	ÉÉECE -La Croisée
novembre	4 nov. 2017	ÉÉECE -La Croisée
décembre	2 déc. 2017	ÉÉECE -La Croisée
janvier	13 janvier 2018	ÉÉECE -La Croisée
février	3 février 2018	ÉÉECE -La Croisée
mars	3 mars 2018	ÉÉECE -La Croisée
avril	7 avril 2018	ÉÉECE -La Croisée
mai	5 mai 2018	ÉÉECE -La Croisée
juin	2 juin 2018	ÉÉECE -La Croisée

## Inscription de l'enfant autiste

### Samedi-thérapie

10 sessions / 200 \$

Un soutien financier est disponible pour les familles ayant besoin d'appui afin que toutes les personnes autistes puissent participer.

Nom/prénom de l'enfant autiste : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse postale :  
\_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE, prière de communiquer avec :**

1<sup>ère</sup> personne à rejoindre : \_\_\_\_\_

tel : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

2<sup>ième</sup> personne à rejoindre : \_\_\_\_\_

tel : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

## Profil de l'enfant autiste

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Placement : Intégrée \_\_\_\_ Classe TED \_\_\_\_ Classe transition \_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

Allergies : Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_

Spécifiez :

\_\_\_\_\_

Médicaments :

\_\_\_\_\_

Régime alimentaire :

\_\_\_\_\_

Intérêts, forces, passe-temps :

\_\_\_\_\_

Comportements, sécurité :

\_\_\_\_\_

Gestion du comportement, stratégies gagnantes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Formulaire de consentement

**Décharge de responsabilité :** *Ce formulaire est obligatoire et doit être signé par un parent ou tuteur de chaque enfant participant aux programmes offerts par la Société franco-ontarienne de l'autisme.*

Je \_\_\_\_\_ (prénom du nom du parent ou tuteur) conviens qu'en inscrivant mon fils ou ma fille \_\_\_\_\_ (prénom et nom de l'enfant) au programme « Samedi-thérapie » j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques.

En tant que parent, membre de la famille, tuteur autorisé à prendre charge de l'enfant participant au programme ci-haut mentionné de la Société franco-ontarienne de l'autisme, j'accepte d'indemniser si le cas oblige, la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs et son personnel (incluant les bénévoles et les contractants associés au programme). Je décharge la Société franco-ontarienne de l'autisme de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que celle-ci pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le (la) participant(e) pourrait subir ou causer en raison de sa négligence.

JE RECONNAIS l'importance d'avertir les coordonnateurs de programmes de l'absence de mon enfant à l'avance. Je consens à respecter les politiques et procédures de la Société franco-ontarienne de l'autisme.

---

Nom du parent / tuteur

---

Nom de l'enfant  
participant au programme

---

Signature du parent/tuteur

---

Date

**Prise de photos** : Le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la SFOA souhaite prendre des photographies pendant les activités de ses programmes auxquels vos enfants participent. Le Regroupement utilisera ces photographies aux fins de ses activités et événements, les rapports annuels de programmes ainsi que dans ses documents promotionnels imprimés et électroniques, y compris sur le site Internet (site internet : <http://sfoautisme.org/prescott-russell/> et Facebook : <https://www.facebook.com/regroupementautismeprescottRusselldeLaSFOA/>). Il se peut que l'on reconnaisse votre enfant dans les photographies, et l'image d'un individu est considérée comme de l'information personnelle. Cela dit, le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la Société franco-ontarienne de l'autisme se conforme à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Enfin, par ce formulaire, nous souhaitons obtenir votre consentement pour que le Regroupement utilise les photographies dans son matériel promotionnel imprimé ou électronique, y compris sur Internet.

JE RECONNAIS que les photographies où l'on pourrait reconnaître mon enfant feront l'objet d'une diffusion potentielle dans le matériel promotionnel imprimé ou électronique, incluant sur Internet, site de la Société Franco Ontarienne de l'Autisme et Facebook. J'AUTORISE également Le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la Société franco-ontarienne de l'autisme à utiliser, publier, transmettre, distribuer, afficher et exposer les photographies ou enregistrements vidéo et audio où l'on peut reconnaître mon enfant. Dans ses documents, publications, productions et publicités, ou encore dans son site Web, Facebook, d'autres sites de médias sociaux ou d'autres médias actuels ou futurs, le tout sans m'envoyer d'autres avis ou sans me demander d'approuver les photographies ou enregistrements vidéo ou audio dans leur forme finale.

JE CONFIRME AVOIR LU ET COMPRIS le présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant participant au  
programme

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

## Inscription de l'enfant neuro-typique

Samedi-thérapie – 2017-2018

10 sessions / 50 \$

Nom/prénom de l'enfant neuro-typique :

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse postale :

\_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE, prière de communiquer avec :**

1<sup>ère</sup> personne à rejoindre : \_\_\_\_\_

tel : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> personne à rejoindre : \_\_\_\_\_

tel : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

## Profil de l'enfant neuro-typique

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Allergies : Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_

Spécifiez : \_\_\_\_\_

Médicaments :

\_\_\_\_\_

Régime alimentaire :

\_\_\_\_\_

Intérêts, forces, passe-temps :

\_\_\_\_\_

Comportements, sécurité :

\_\_\_\_\_

Gestion du comportement, stratégies gagnantes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Formulaire de consentement

**Décharge de responsabilité :** *Ce formulaire est obligatoire et doit être signé par un parent ou tuteur de chaque enfant participant aux programmes offerts par la Société franco-ontarienne de l'autisme.*

Je \_\_\_\_\_ (prénom du nom du parent ou tuteur) conviens qu'en inscrivant mon fils ou ma fille \_\_\_\_\_ (prénom et nom de l'enfant) au programme « Un peu plus haut! Un peu plus loin! » j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques.

En tant que parent, membre de la famille, tuteur autorisé à prendre charge de l'enfant participant au programme ci-haut mentionné de la Société franco-ontarienne de l'autisme, j'accepte d'indemniser si le cas oblige, la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs et son personnel (incluant les bénévoles et les contractants associés au programme). Je décharge la Société franco-ontarienne de l'autisme de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que celle-ci pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le (la) participant(e) pourrait subir ou causer en raison de sa négligence.

JE RECONNAIS l'importance d'avertir les coordonnateurs de programmes de l'absence de mon enfant à l'avance. Je consens à respecter les politiques et procédures de la Société franco-ontarienne de l'autisme.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant  
participant au programme

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date



**Prise de photos :** Le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la SFOA souhaite prendre des photographies pendant les activités de ses programmes auxquels vos enfants participent. Le Regroupement utilisera ces photographies aux fins de ses activités et événements, les rapports annuels de programmes ainsi que dans ses documents promotionnels imprimés et électroniques, y compris sur le site Internet (site internet : <http://sfoautisme.org/prescott-russell/> et Facebook : <https://www.facebook.com/regroupementautismeprescottRusselldeLaSFOA/>).

Il se peut que l'on reconnaisse votre enfant dans les photographies, et l'image d'un individu est considérée comme de l'information personnelle. Cela dit, le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la Société franco-ontarienne de l'autisme se conforme à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Enfin, par ce formulaire, nous souhaitons obtenir votre consentement pour que le Regroupement utilise les photographies dans son matériel promotionnel imprimé ou électronique, y compris sur Internet.

JE RECONNAIS que les photographies où l'on pourrait reconnaître mon enfant feront l'objet d'une diffusion potentielle dans le matériel promotionnel imprimé ou électronique, incluant sur Internet, site de la Société franco-ontarienne de l'autisme et Facebook. J'AUTORISE également Le Regroupement Autisme Prescott-Russell de la Société Franco-ontarienne de l'autisme à utiliser, publier, transmettre, distribuer, afficher et exposer les photographies ou enregistrements vidéo et audio où l'on peut reconnaître mon enfant. Dans ses documents, publications, productions et publicités, ou encore dans son site Web, Facebook, d'autres sites de médias sociaux ou d'autres médias actuels ou futurs, le tout sans m'envoyer d'autres avis ou sans me demander d'approuver les photographies ou enregistrements vidéo ou audio dans leur forme finale.

JE CONFIRME AVOIR LU ET COMPRIS le présent formulaire de consentement.

---

Nom du parent / tuteur

---

Nom de l'enfant participant au programme

---

Signature du parent/tuteur

---

Date

## Méthodes de paiement :

Enfant autiste: 200 \$ pour 10 sessions \_\_\_\_\_ \$

Enfant additionnel : 50\$ pour 10 sessions \_\_\_\_\_ \$

TOTAL \_\_\_\_\_ \$

- Les frais d'inscriptions doivent être payés avant le début du programme pour toutes les personnes autistes  
Un soutien financier est disponible pour les familles ayant besoin d'appui afin que toutes les personnes autistes puissent participer. Pour obtenir le soutien financier, écrire un courriel à Nathalie Lévesque au [autismepr.sfoa@gmail.com](mailto:autismepr.sfoa@gmail.com) .
- Chèque payable « Société franco-ontarienne de l'autisme ». Prière d'inscrire « Regroupement Autisme Prescott-Russell » dans la note à la gauche du chèque.
- Envoyez votre chèque et votre formulaire d'inscription à Nathalie Lévesque (17, Terrasse Sauvé, Casselman, Ontario, K0A 1M0)

## IMPORTANT :

Ce programme « Samedi-thérapie! » est possible grâce à l'appui financier de plusieurs partenaires. Un merci bien sincère pour les dons en nature, en service et en temps de nos partenaires communautaires.



**Centraide  
United Way**  
Prescott-Russell



Casselman



**CHEVALIERS  
DE COLOMB**  
AU SERVICE DE UN. AU SERVICE DE TOUS.

Embrun



Conseil scolaire de  
district catholique  
de l'Est ontarien



**Banque Scotia**



**Desjardins**  
La Fondation



**BMC  
LANDSCAPING**



\*\* Les Constructions St-Aubin

\*\* Comptoir populaire Deguire Ste-Euphémie de Casselman

\*\* Comptoir populaire familial Le Partage de Bourget