AUTISME ESTRIE

Espace réservé à l'organisme

Date de l'inscription : ___/____ /_____

Signature de l'administration : _____

Formulaire E
BESOINS HORAIRES

1. Quels jours de la semaine auriez-vous besoin de répit ? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Lundi
- ☐ Mardi
- ☐ Mercredi
- ☐ Jeudi
- ☐ Vendredi
- ☐ Samedi
- ☐ Dimanche
- ☐ Variable (veuillez tout de même indiquer des plages horaires de préférences ci-bas)
- ☐ Occasionnel (veuillez noter que nous demandons un minimum de 2 répits de 3 H par mois, pour un total de 6 H)

2. Précisez les plages horaires pour chaque jour sélectionné

** Les périodes doivent obligatoirement être d'un minimum de 3 heure consécutif.

- ☐ Lundi : de ____ h à ____ h
- ☐ Mardi : de ____ h à ____ h
- ☐ Mercredi : de ____ h à ____ h
- ☐ Jeudi : de ____ h à ____ h
- ☐ Vendredi : de ____ h à ____ h
- ☐ Samedi : de ____ h à ____ h
- ☐ Dimanche : de ____ h à ____ h

3. Fréquence souhaitée :

- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par mois (minimum 6 heures)
- ☐ Autre : ____

4. Y a-t-il des besoins ou préférences spécifiques à prendre en compte ?

5. Autorisation de traitement des données personnelles :

- ☐ J'autorise le traitement de mes données personnelles pour organiser les services de répit à domicile, sous le respect de la Loi-25 (pour connaître notre politique liée à la gestion des données personnelles, veuillez vous référer à notre site web).
- ☐ Je n'autorise pas le traitement de mes données personnelles pour organiser les services de répit à domicile. (En choisissant cette option, votre candidature pour du répit sera automatiquement annulée)

_____

Signature du parent ou de la personne responsable

Date (JJ/MM/AAAA)

En signant ce document, vous comprenez que la superviseure des services de répit d'Autisme Estrie utilisera ces données afin d'offrir un jumelage le plus adapté possible à vos besoins, selon les disponibilités des intervenants. Autisme Estrie ne peut pas garantir l'offre de service pour l'ensemble de vos plages horaires.