



Inscription – Programme ÉTÉ FOU

Le programme est limité à
12 enfants autistes et 20 pairs (sœur / frère / ami.e) de 5 à 12 ans

Nom/prénom de l'enfant : _____ 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:

1ère personne à rejoindre: _____ Tel: _____ ou _____

2e personne à rejoindre : _____ Tel: _____ ou _____

PROFIL DE L'ENFANT AUTISTE

École fréquentée: _____

Verbale Non verbale Quelques mots **NAGE** - Débutant Quelque peu craintif

Allergies: Oui Non Spécifiez: _____

Médicaments: _____

Régime alimentaire: _____

Intérêts, forces, passe-temps: _____

Comportements, sécurité: _____

Gestion du comportement, stratégies gagnantes: _____

Renforceurs: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Doit être signé par les parents afin qu'on puisse inscrire votre enfant

Je conviens qu'en inscrivant mon fils/ma fille aux programmes de la Société franco-ontarienne de l'autisme, j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs, son personnel et les contractants associés au programme, ses bénévoles, et de les dégager de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la Société pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le/la participant/e pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.

Signature du parent/tuteur

Date

La **Société franco-ontarienne de l'autisme** est un organisme charitable qui offre des activités, des services et des programmes de qualité en français visant le développement et le bien-être des enfants autistes/TSA et de leur famille. Elle défend les droits des enfants et représentent les intérêts des personnes autistes à travers des activités de sensibilisation et d'éducation. À titre d'organisme francophone, la Société œuvre au niveau provincial et appuie le développement de partenariats en faveur des personnes autistes franco-ontariennes.

INSCRIPTION DU 1er AMI DE L'ENFANT AUTISTE

Veillez cocher pour quelle(s) semaine(s) vous inscrivez l'enfant :

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Pour la semaine du 6 au 9 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 12 au 16 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 19 au 23 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 26 au 30 juillet | _____ |

Nom/prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Nom des parents : _____ No de téléphone : _____

Courriel : _____

EN CAS D'URGENCE, prière de communiquer avec :

1ère personne à rejoindre: _____ Tel : _____ ou _____

2e personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

PROFIL DE L'ENFANT

Allergies : Oui Non Spécifiez : _____

Régime alimentaire : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Doit être signé par les parents afin qu'on puisse inscrire votre enfant

Je conviens qu'en inscrivant mon fils/ma fille au programme **ÉTÉ FOU** j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs, son personnel et les contractants associés au programme, ses bénévoles, et de les dégager de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la Société pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le/la participant/e pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.

Signature du parent/tuteur

Date

INSCRIPTION DU 2e AMI DE L'ENFANT AUTISTE

Veillez cocher pour quelle(s) semaine(s) vous inscrivez l'enfant :

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Pour la semaine du 6 au 9 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 12 au 16 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 19 au 23 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 26 au 30 juillet | _____ |

Nom/prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Nom des parents : _____ No de téléphone : _____

Courriel : _____

EN CAS D'URGENCE, prière de communiquer avec :

1ère personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

2e personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

PROFIL DE L'ENFANT

Allergies : Oui Non Spécifiez : _____

Régime alimentaire : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Doit être signé par les parents afin qu'on puisse inscrire votre enfant

Je conviens qu'en inscrivant mon fils/ma fille au programme **ÉTÉ FOU** j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs, son personnel et les contractants associés au programme, ses bénévoles, et de les dégager de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la Société pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le/la participant/e pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.

Signature du parent/tuteur

Date

INSCRIPTION DU 2e AMI DE L'ENFANT AUTISTE

Veillez cocher pour quelle(s) semaine(s) vous inscrivez l'enfant :

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Pour la semaine du 6 au 9 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 12 au 16 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 19 au 23 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 26 au 30 juillet | _____ |

Nom/prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Nom des parents : _____ No de téléphone : _____

Courriel : _____

EN CAS D'URGENCE, prière de communiquer avec :

1^{ère} personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

2^e personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

PROFIL DE L'ENFANT

Allergies : Oui Non Spécifiez : _____

Régime alimentaire : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Doit être signé par les parents afin qu'on puisse inscrire votre enfant

Je conviens qu'en inscrivant mon fils/ma fille au programme **ÉTÉ FOU** j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs, son personnel et les contractants associés au programme, ses bénévoles, et de les dégager de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la Société pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le/la participant/e pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.

Signature du parent/tuteur

Date

INSCRIPTION DU 2e AMI DE L'ENFANT AUTISTE

Veillez cocher pour quelle(s) semaine(s) vous inscrivez l'enfant :

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Pour la semaine du 6 au 9 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 12 au 16 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 19 au 23 juillet | _____ |
| Pour la semaine du 26 au 30 juillet | _____ |

Nom/prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Nom des parents : _____ No de téléphone : _____

Courriel : _____

EN CAS D'URGENCE, prière de communiquer avec :

1^{ère} personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

2^e personne à rejoindre : _____ Tel : _____ ou _____

PROFIL DE L'ENFANT

Allergies : Oui Non Spécifiez : _____

Régime alimentaire : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Doit être signé par les parents afin qu'on puisse inscrire votre enfant

Je conviens qu'en inscrivant mon fils/ma fille au programme **ÉTÉ FOU** j'assume librement et en toute connaissance de cause certains risques de blessures et autres risques juridiques. Les parents, la famille, les héritiers et les exécuteurs testamentaires et leurs administrateurs acceptent d'indemniser la Société franco-ontarienne de l'autisme, ses administrateurs, son personnel et les contractants associés au programme, ses bénévoles, et de les dégager de toute responsabilité relativement aux réclamations, aux revendications, aux actions ou causes d'action, aux pertes ou aux dommages que la Société pourrait encourir ou dont elle pourrait être responsable à l'égard de blessures que le/la participant/e pourrait subir ou causer à d'autres en raison de sa négligence ou des actes qu'il aurait commis dans le cadre de sa participation au programme.

Signature du parent/tuteur

Date

PAIEMENT – Les frais d’inscriptions doivent être payés à l’avance pour tous les enfants, incluant les enfants neuro typiques (amis).

d’enfant(s) autiste(s) _____ x 600\$ = _____ \$
d’enfants neuro typiques _____ X _____ (# de semaines) X 150\$/semaine = _____ \$
TOTAL : _____ \$

Méthodes de paiement :

_____ Chèque au montant de _____ \$

Important - Prière de noter que l’inscription ne sera faite que **sur réception** de votre chèque et **non pas** sur réception de votre formulaire d’inscription.

Vous pouvez également retourner le formulaire **par télécopieur** au **(613) 834-7351** ou par la poste à l’adresse suivante : 1937, boul. Portobello, CP 17075, Orléans, ON K4A 4W8. Par contre, votre inscription ne sera officielle que sur réception de votre chèque.

Faire parvenir par télécopieur à **(613) 834-7351** ou par courriel à **info@autismefranco.ca** en inscrivant dans la ligne d’objet—**INSCRIPTION ÉTÉ FOU** ou encore à l’adresse suivante : 1937, boul. Portobello, CP 17075, Orléans, ON K4A 4W8. **N’oubliez pas d’inclure le rapport d’orthophonie.**

INSCRIPTION - MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANCO-ONTARIENNE DE L’AUTISME

Afin d’inscrire l’enfant autiste au programme, la famille doit être membre de la Société. Il n’y a aucun frais. Nous ne partageons notre liste de membres sous aucun prétexte.

Prière de nous inscrire comme membre :

Signature : _____ Nom en lettres moulées : _____
