

DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

PROGRAMME « CAMP DE JOUR/ CAMP DE VACANCES »

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Identification du demandeur | |
| Intervenant du jeune | No. téléphone et poste tél: |
| Chef de service | No. téléphone et poste tél: |

Date de la demande :

Si la demande a été effectuée par un(e) intervenant(e) en centre de réadaptation, est-ce que l'intervenant social a été consulté et est-il en accord : Oui  Non  Expliquez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. Identification du jeune | | |
| Nom: | No. de dossier : | |
| Prénom: | Suivi sous quelle loi: | |
| Âge :       Date de naissance :       Sexe: M  F | | |
| Lieu de résidence au moment de la demande: | |  |
| S’il y a lieu, le placement est prévu jusqu’à : | |  |
| Parent responsable: | |  |
| Adresse: | |  |
| Occupation du père: | |  |
| Occupation de la mère: | |  |
| Nombre d’enfants dans la famille: | |  |

|  |
| --- |
| 3. Adresse de l’expéditeur |
| Faire parvenir votre demande au :  Adresse courriel : [fcjlaurentidesdemande@gmail.com](mailto:fcjlaurentidesdemande@gmail.com)  À l’exception du fonds de première nécessité, veuillez considérer que le comité se rencontre une fois par mois (voir les dates sur le site de la Fondation au [www.fcjlaurentides.com](http://www.fcjlaurentides.com). Il est important que les demandes soient transmises 48 heures avant la date de la rencontre du comité. |

|  |
| --- |
| Démontrer l’engagement du jeune (lettre du jeune ou dessin serait grandement appréciée décrivant ses motivations) autrement à compléter par parent, famille d’accueil ou intervenant(e). |
|  |

|  |
| --- |
| L'enfant requière-t-il des besoins particuliers. (accompagnement, groupes spéciaux) Expliquez |
|  |

|  |
| --- |
| Comment le jeune est-il appuyé par ses parents ou sa famille d’accueil? |
| Financièrement :       Matériel (si requis):  Transport (si requis):       Autres : |

|  |
| --- |
| Le jeune reçoit-il une autre subvention Oui  Non |
| Si oui, spécifiez le nom de l’organisme :       Montant du don reçu :       $  Si non, spécifiez pourquoi: |

|  |
| --- |
| Camp de jour/ Camp de vacances |
| Endroit :       Nombre de semaines :  Frais d’inscription :       $ |

|  |  |
| --- | --- |
| Montant de la demande :       $ | Chèque payable à (ville, camp, etc.) :  Adresse complète :  Spécifiez au soin de : |

**Une preuve des coûts du camp de jour/ camp de vacances est obligatoire.**

Estimation jointe :  ou Reçu joint :  ou Facture jointe :

Demande rédigée par :

|  |
| --- |
| Déclaration légale |
| Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents joints dont je suis l’auteur(e) sont véridiques, exacts et complets et que j’ai besoin d’aide financière pour pouvoir participer à un camp de jour ou de vacances.  J'autorise mon intervenant(e) du CISSS des Laurentides à transmettre cette demande à la Fondation du Centre jeunesse des Laurentides: Oui  Non |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature **obligatoire** du parent ou de l'enfant de plus de 14 ans et plus. Date  La Fondation s'engage à garder confidentiel toutes les informations contenues dans ce document. |

Signature de l’intervenant(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du chef pour approbation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_