

Modèle A

Nom de la personne / Numéro de DOSSIER

a/s Nom de l'agent de la solidarité

EN VUE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE TRANSPORT : TRANSPORT ADAPTÉ OU  
TRANSPORT AUTO

**Transport fin thérapeutiques**

Nom de l'organisme	Adresse	Activité/ Raison	Fréquence
Centre Aquatique Blainville, ARLPHL (volet natation)	184 Marie Chapleau Blainville	Natation adaptée Santé	Sept à juin 1/sem.
Académie des arts Trouve ta voie	34 Bouthillier Rosemère	Ateliers Arts Adaptés Ou camp de jour / socialisation Estime de soi	Sept à juin 1 ou 2 fois sem. Camps de jour sem. jour
APETL	245 Ch. Des Anglais Mascouche	Atelier pour Trisomie 21, cuisine, ergo, langage, activité / socialisation /appartenance	Plusieurs fois par années
RT21	3250 St Joseph Est Montréal	Ateliers adaptés Trisomie 21 /Socialisation / appartenance	1 à 2 fois sem.
Parc Régional 640	1610 Alexandre Legrand Boisbriand	Entraînement course TROIS -2-1 / Santé	1 à 2 fois sem.
Parc Maisonneuve	4601 Sherbrooke est Montréal	Course TROIS_2-1 RT21, / socialisation / Santé	1 à 2 fois / année
ARLPHL (volet activité)	300 Rue Longpré bureau 100, Saint-Jérôme (ou dans un parc )	Diverse activité pour besoins spéciaux /santé Socialisation	Quelques fois par année
Centre Multiservice	125 Beauchamps Ste Thérèse	École Adulte/socialisation / Santé Global	Chaque jeudi, sept à juin
Acco Loisir	42 rue Turgeon	Activités adaptés/ socialisation	Selon le programme
Acco Loisir Répît	Maison de La Fondation Florès au 1033 De la Bretagne, Blainville	Activités adapté / sociabilisé	Quelques fois par année

Parrainage Civique	141 St Charles, Ste Thérèse ou le lieu de l'activité	Activité Adapté , sorties pommes, Noel, Cabane à sucre et autres/ Socialisation	Plusieurs fois par années
Itql( Intégration Travail Québec Laurentides		Travail adapté	1 / année ou au besoin

Nom de la personne / Numéro de DOSSIER

a/s Nom de l'agent de la solidarité

En vue de demande de remboursement de transport : Transport Adapté ou transport maman

Rendez vous médicaux ou divers besoins pour la santé

### **I: Transport médical**

Nom de l'organisme	Adresse	Nom du Professionnel	Fréquence des visites
Dr		Médecin de famille	2 fois / année ou plus
Clinique dentaire		Dentiste	4 fois / an ou plus
Institut Cardiologie Dr		Cardiologue	2 fois par année
Hôpital St Jérôme Dr		Pneumologue	1 fois par année
ORL		ORL Nettoyage de cire oreille	1 fois par année
Dr		Dermatologue	2 fois par année
Centre de prélèvement		Prélèvement sanguin	2 fois par année
CLSC		Inhalothérapeute Ou Travailleur social	2 à 3 fois par année
Clinique yeux		Optométriste	2 fois par année
Centre orthèses		Orthésiste et achat de chaussure orthopédiques	2 fois par année
Clinique oreilles		Audioprothésiste	2 fois par année

Le Bouclier		Audiologiste	1 fois par année
Clinique du Sommeil		Apnée du Sommeil CPAP	2 -3 fois par année
CIUSS Travailleur Social		Rencontre SAF ou Demande Aide	1/ année