

TROUSSE D'INSCRIPTION THÉRAPIE INTENSIVE 2018 12 AU 17 AOÛT | 8-12 ANS



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

THÉRAPIE INTENSIVE DE FLUIDITÉ ● 2018, 24^e édition

L'*AJBQ* est fière d'annoncer l'édition 2018 de son activité principale au service des membres : la semaine de thérapie intensive de fluidité qui se tiendra du **12 au 17 août 2018**.

Cet évènement unique au Québec se tiendra sur la base de plein air l'Étincelle à Saint-Alphonse-Rodriguez, près de la municipalité de Rawdon. Pendant 6 jours et 5 nuits, les meilleurs professionnels et les bénévoles les plus dévoués accueillent jusqu'à **40 jeunes bègues** entre 8 et 17 ans répartis en deux groupes : **8-12 ans et 13-17 ans**.

Les jeunes bénéficient d'un soutien thérapeutique spécialisé en petits et grands groupes, donné par des orthophonistes spécialisés en bégaiement. Les jeunes participent également aux activités offertes par les moniteurs de la base de plein air, dont l'escalade, le canot et le tir à l'arc.

Les orthophonistes sont toujours présent(e)s pour s'assurer de la fluidité des jeunes, que ce soit durant les thérapies de groupe, les activités de la base de plein air ou les repas.

Cette thérapie est une occasion unique d'acquérir les techniques de fluidité dans une ambiance conviviale et amicale en plus de transférer la fluidité de la parole à l'intérieur des activités quotidiennes.

Le coût de la thérapie intensive, incluant les honoraires professionnels des orthophonistes pour les heures de thérapie, l'hébergement au centre de plein air l'Étincelle, les repas et les activités de la base de plein air, s'élèvent à **800,00 \$ / enfant**. Les séances de maintien sont incluses.

L'association assume les frais inhérents à l'administration du programme, la gestion de celui-ci ainsi que les frais de location, d'hébergement et d'animation du camp. Les dons sont acceptés et nous émettons des reçus pour fins fiscales.

Si votre adhésion est en règle ou que vous nous avez fait parvenir le formulaire pour devenir membre (ci-joint) accompagné d'un chèque de 30.00\$; vous pouvez maintenant compléter le dossier d'inscription et nous faire parvenir le tout par la poste à l'adresse suivante :

Association des jeunes bègues du Québec (AJBQ)
CP 79044 C.P. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour de plus amples renseignements par courriel à info@ajbq.qc.ca ou au 514.388.845



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

SI VOUS N'ÊTES PAS DÉJÀ MEMBRE, IL FAUT REMPLIR CE FORMULAIRE !

COORDONNÉES

Nom :	Prénom :
Adresse :	Ville :
Code postal :	Courriel :
Occupation :	Téléphone (domicile) :
Nom de l'entreprise :	Téléphone (bureau) :
Merci de remplir cette section si vous avez un jeune bègue à la maison	
Nom du jeune :	Prénom :
Date de naissance (J/M/A):	Est-il (elle) en thérapie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, avec qui ?	
Où ?	Depuis quand ?

ADHÉSION / RENOUELEMENT / DON MEMBRE

<p>Le coût de votre adhésion à titre de membre est de 30.00 \$.</p> <p><input type="checkbox"/> Je désire seulement être membre de l'AJBQ. VOICI MA CONTRIBUTION DE 30.00\$.</p> <p><input type="checkbox"/> Je désire faire un don et être membre de l'AJBQ. VOICI MA CONTRIBUTION DE _____\$. Un reçu sera émis pour la portion don de votre contribution.</p>
--

TOUT SIMPLEMENT UN DON...

<p>OUI, je veux aider l'AJBQ à poursuivre sa mission, sans être membre, auprès des enfants et des jeunes bègues.</p> <p>VOICI MA CONTRIBUTION DE _____ \$.</p> <p>Un reçu sera émis pour votre don.</p> <p>Signature _____</p>
--

SVP, faire votre chèque à l'ordre de l'Association des jeunes bègues du Québec



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

INFORMATIONS POUR LA THÉRAPIE INTENSIVE DE FLUIDITÉ

Tous les documents de cette trousse d'inscription permettront aux orthophonistes et autres professionnels et intervenants de mieux encadrer votre jeune dans son parcours vers la fluidité et de mettre en place un camp d'été dans les meilleures conditions de sécurité.

PRINCIPAL OBJECTIF:

Établir la fluidité des jeunes, entre 8 et 17 ans, dans un contexte naturel, facilitant le transfert de leurs habiletés en dehors des activités purement cliniques. Cette modalité d'intervention fournira les outils de base indispensables au contrôle de la fluidité quotidienne ultérieure.

Il est entendu qu'un programme de transfert et de maintien devra être observé suite au camp, afin de parfaire les habiletés développées durant la première phase de l'intervention, à savoir la thérapie intensive de fluidité. Un suivi orthophonique pourrait être recommandé. Des ateliers de communication sont aussi offerts en septembre et novembre de l'année suivant le camp.

Nous ne pourrons vous confirmer votre inscription que lorsque votre dossier SERA COMPLET. Veuillez donc à ce que **TOUS** les documents nous soient retournés en un seul envoi dès que possible, **au plus tard le 15 juin**. La réservation des places se fait sur le principe du *premier arrivé premier servi*. Le nombre des places est limité à 20 jeunes par groupe d'âge.

Le coût défrayé par les familles est de 800\$ par enfant. L'AJBQ débourse un montant équivalent afin de couvrir les frais de location, d'hébergement d'administration et de gestion du programme.

L'AJBQ propose le paiement en trois versements:

- Un premier chèque de 300\$ **NON REMBOURSABLE** au moment de l'inscription
- Un deuxième chèque de 250\$ postdaté pour le 15 juin
- Un troisième chèque de 250\$ postdaté pour le 15 juillet

OU

- Possibilité d'effectuer votre paiement par carte de crédit (communiquer directement avec l'AJBQ)

Rappelez-vous que l'inscription n'est en règle que si nous recevons **TOUS** les documents.

1- LIEU

CENTRE DE PLEIN AIR L'ÉTINCELLE

270, Lac Long Sud
Saint-Alphonse-Rodriguez, Québec
J0K 1W0
Téléphone: 450.883.5376



2- TRANSPORT

Nous vous demandons de **reconduire votre jeune le dimanche, 12 août 2018, à 14h30**. Vous rencontrerez l'équipe des intervenants et pourrez visiter les lieux. Une rencontre d'information est aussi à l'horaire. Vous pourrez quitter vers 15h30. Un plan d'accès vous sera remis dans la trousse d'accueil et de confirmation de la place de votre enfant.

Nous vous demandons de **venir rejoindre votre enfant le vendredi, 17 août 2018, pour 13h15**. Il est **ESSENTIEL** d'avoir la présence **D'AU MOINS UN DES DEUX PARENTS** (ou tuteur) le vendredi. Le départ du camp se fera entre 16h et 17h.

3- SÉANCE D'INFORMATION ET DE PRÉSENTATION

Le vendredi après-midi, une présentation par les enfants aura lieu. Vous recevrez également de l'information concernant le maintien de la fluidité et les activités post-thérapies nécessaires à votre enfant. L'équipe des intervenants vous sera aussi présentée.

Les orthophonistes feront de brèves rencontres individuelles par la suite.

Une collation vous sera offerte.

4- ENTENTE CONVENUE

Avec le camp Ville-Marie: Il s'agit uniquement d'une location de site, à savoir : prêt de l'espace et de certaines pièces d'équipement.

Avec les parents: Les parents sont avisés par la présente que le camp Ville-Marie, les orthophonistes et autres intervenants participant au projet, ne peuvent être tenus responsables de tout accident pouvant se produire dans le cadre de la thérapie intensive de fluidité.

5- REÇU POUR FRAIS MÉDICAUX ET DOCUMENT POST-THÉRAPIE

Les justificatifs pour fin d'assurances / impôts qui vous sont nécessaires, en fonction du montant payé par le parent, vous seront remis lorsque vous viendrez chercher votre enfant.

6- CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les observations effectuées en rapport aux enfants, dans le cadre de ce projet, demeurent sous le couvert de l'anonymat et protégées par la confidentialité professionnelle qui est scrupuleusement respectée. À ce sujet, nous sommes soumis aux mêmes règles que celles de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ).



7- NATURE DE LA PARTICIPATION FAMILIALE

De la part des parents des participants:

- préparer le dossier “bégaiement” avec votre enfant **AVANT** la thérapie
- soutenir la motivation de votre enfant après sa participation
- participer aux ateliers de communication (septembre et novembre)
- inscrire votre enfant au programme de soutien téléphonique hebdomadaire (Alliés de la parole) si cela est recommandé par les orthophonistes
- l’inciter le plus possible à partager son expérience

Nous comprenons l’inquiétude qu’ont les parents face à l’éloignement de leur enfant. Pour certains enfants, c’est une première expérience loin des leurs. Toutefois, nous vous demandons de respecter la consigne de **ne pas faire d’APPELS** (s’il n’y a pas d’urgence) lors de la semaine de thérapie de votre enfant pour vérifier si tout se passe bien. Faites confiance au professionnalisme des orthophonistes et intervenant(e)s pour vous informer, s’il y a lieu, de tous problèmes quelconques qui demandent une intervention de votre part.

De la part des participants:

- s’impliquer activement dans l’ensemble des activités prévues durant la thérapie
- observer fidèlement le programme de transfert et de maintien suivant la thérapie
- respecter TOUS les règlements de la thérapie : respect et entraide
- accomplir TOUS les travaux donnés durant la thérapie
- s’inscrire pour participer aux ateliers de communication
- partager le plus possible son expérience

Il est **fortement recommandé** que le participant ait débuté ou soit inscrit à des **séances orthophoniques avant** la thérapie intensive de fluidité.

Cependant, un **rapport d’évaluation orthophonique** ou un résumé de dossier pour la fluidité datant de 1 ½ an et moins est **OBLIGATOIRE** pour chaque participant.



AUTORISATION DE TRANSFERT D'INFORMATIONS

Je soussigné(e)

En ma qualité de (lien de parenté)

De(s) enfant(s)

- autorise :

_____ (nom de l'orthophoniste)
_____ (adresse de l'orthophoniste)
_____ # téléphone
_____ adresse courriel

- à faire parvenir à l'**Association des jeunes bègues du Québec (AJBQ)** un rapport d'évaluation orthophonique ou un résumé de dossier de(s) enfant(s) nommés ci-dessus. Ce résumé permettra de mieux planifier les séances de thérapie de fluidité.

Signature du parent ou du tuteur

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



UN RAPPORT D'ÉVALUATION ORTHOPHONIQUE OU UN RÉSUMÉ DE DOSSIER DATANT DE 1 ½ AN ET MOINS EST NECESSAIRE POUR CHAQUE PARTICIPANT

JE VOUS JOINS avec la trousse d'inscription :

- une copie du rapport d'évaluation ou un résumé de dossier de l'orthophoniste :

_____ (nom de l'orthophoniste)
_____ (adresse de l'orthophoniste)
_____ # téléphone
_____ adresse courriel

Signature du parent ou du tuteur Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale Signature



FICHE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e)

Membre no. _____ de l'AJBQ, en ma qualité de (lien de parenté)

Consens à ce que mon enfant _____ âgé de _____

Domicilié au _____

- participe à la **Thérapie intensive de fluidité de l'Association des jeunes bègues du Québec** dans les conditions décrites dans les formulaires d'inscription et d'informations fournis par l'Association.

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : _____

Date d'exp.: _____

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Personne #1 : _____

Personne #2 : _____

ÉLÉMENTS IMPORTANTS DE LA FICHE MÉDICALE DU PARTICIPANT

Présentez-vous un problème ou un trouble autre que le bégaiement ?

- Dysphasie / trouble de langage
- Trouble auditif
- Déficience intellectuelle
- Autisme / trouble envahissant du développement
- Trouble de comportement (anxiété, agressivité, phobie)
- Trouble d'apprentissage
- Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité

- Autre _____

Fréquentez-vous une classe adaptée ou recevez-vous des services spécialisés à l'école ? _____

Si oui, lesquels ? _____

Avez-vous vécu des situations problématiques à l'école (ex : expulsion de l'école) ? _____



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

Commentaires, allergies alimentaire, médication, particularités, habitudes de vie ou autres éléments que l'équipe de la Thérapie intensive doit connaître pour assurer la sécurité et le bien-être du participant et qui n'ont pas été mentionnés. (Utiliser le verso de la page si nécessaire)

Note : Selon le règlement des Scouts de Montréal (camp Ville-Marie), dès qu'un enfant nécessite une particularité alimentaire (allergies ou / et habitudes de vie demandant une nourriture non habituelle au standard québécois) le menu sera adapté en conséquence en lui servant des repas végétariens

Je déclare avoir dûment informé l'Association des jeunes bègues du Québec de toutes les informations concernant la santé physique et les problèmes de comportements ou troubles sociaux-affectifs de mon enfant. Je comprends que si le comportement de mon enfant nuit au déroulement des thérapies ou représente un risque pour sa sécurité ou celle des autres, il pourrait être expulsé, et ce, sans remboursement.

Signature du parent ou du tuteur

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CONFIDENTIELS

Depuis 1995, la thérapie intensive de fluidité de l'Association des jeunes bègues du Québec est au rendez-vous. À chaque année, l'AJBQ ainsi que les parents, assument une portion équivalente des frais inhérents aux honoraires des orthophonistes, à l'administration du programme, la gestion de celui-ci ainsi que les frais de location, d'hébergement et d'animation du camp.

Ainsi, l'Association ne pourrait participer à défrayer une partie des coûts sans l'appui de ses généreux donateurs et grâce à l'aide financière des différents paliers gouvernementaux. Toutefois, nous devons répondre aux exigences de ces derniers, en complétant certaines informations demandées, afin de pouvoir continuer notre mission.

Veillez, s'il vous plaît, encercler la réponse la plus appropriée au tableau ci-dessous.

REVENU FAMILIAL BRUT :

- Jusqu'à 22 999\$
- 23 000\$ à 28 999\$
- 29 000\$ à 35 999\$
- 36 000\$ à 42 999\$
- 43 000\$ à 48 999\$
- 49 000\$ à 54 999\$
- 55 000\$ à 69 999\$
- plus de 70 000\$

MILIEU FAMILIAL :

- Conjoint de fait
- Parents mariés
- Famille recomposée
- Famille monoparentale
- Famille d'accueil

VOTRE FAMILLE COMPORTE COMBIEN DE MEMBRES :

- Adultes : _____
- Enfants : _____

Signature du parent ou du tuteur

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

PARLE-NOUS DE TOI !

(à remplir par l'enfant)

Nom

Age

Ville

As-tu déjà participé à la thérapie intensive ? Si oui, en quelle année?

GOÛTS

Chanteur ou groupe préférés

Film et acteur ou actrice préférés

Matière scolaire préférée

Sport préféré

Animal préféré

Mets ou repas préférés

Jeu préféré

Émission préférée

ACTIVITÉS ET LOISIRS

Qu'est-ce que tu aimes faire ?

Quels sports pratiques-tu?

Fais-tu partie d'une équipe sportive ?

Si oui, laquelle et quelle position joues-tu ?

Joues-tu d'un instrument de musique? Si oui, lequel?

As-tu des habiletés particulières? En dessin, en théâtre ou autres?

DANS LE FUTUR

Quel est ton plus grand rêve ?

Quel métier veux-tu exercer plus tard?

VOYAGE

As-tu déjà voyagé ?

Si oui, où es-tu allé ?

Où rêves-tu d'aller ?

Pourquoi ?



CONTRAT DU PARTICIPANT

(à remplir par l'enfant)

En participant à la semaine de Thérapie intensive de fluidité, je soussigné(e)

m'engage à :

1. Reconnaître que

- ◆ la thérapie intensive de fluidité m'aidera à contrôler ma parole,
- ◆ je modifierai ma façon de parler en appliquant les techniques,
- ◆ je fournirai des efforts constants,
- ◆ je mettrai en application les recommandations des orthophonistes,
- ◆ je continuerai à pratiquer après la semaine de thérapie intensive pour assurer le maintien du contrôle de ma parole.

2. Respecter un code de vie

- ◆ avoir un langage respectueux envers mes pairs et les intervenants en tout temps,
- ◆ respecter l'horaire établi par les intervenants,
- ◆ respecter les règles établies durant tout le camp.

Les conséquences du non-respect de ce contrat seront les suivantes :

- 2 avertissements
- appels des parents et renvoi du camp

Je participe à la thérapie intensive de fluidité pour moi, parce que je veux améliorer ma fluidité et que je suis prêt à y mettre tous les efforts nécessaires.

Mon attitude est importante et je ferai également de mon mieux pour soutenir les autres participants.

Jusqu'à quel point êtes-vous intéressé à participer à la thérapie intensive de fluidité ?

(NUL) ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ (TRÈS ÉLEVÉ)

Signature du parent ou du tuteur

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

AUTORISATION POUR ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

NOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

J'autorise les responsables de la thérapie intensive de fluidité à donner au participant le(s) médicament(s) inscrit(s) sur la liste ci-dessous selon la posologie indiquée :

J'autorise les responsables de la thérapie intensive de fluidité à donner au participant nommé plus haut de l'ibuprofène (ex : Advil, Motrin) ou de l'acétaminophène (ex : Tylenol) dans une situation le nécessitant (ex : mal de tête, blessure).

JE N'AUTORISE PAS les responsables de la thérapie intensive à donner des médicaments à mon enfant.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Signature du parent ou du tuteur.

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

AUTORISATION POUR LA PRISE DE PHOTOS

NOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

- J'autorise le photographe attitré de l'AJBQ, à me photographier ainsi que les membres de ma famille et j'autorise l'AJBQ à utiliser ces photographies pour des fins médiatiques telles que le site Web.
- J'autorise le photographe attitré de l'AJBQ à me photographier ainsi que les membres de ma famille **MAIS JE N'AUTORISE PAS L'AJBQ** à utiliser ces photographies pour des fins médiatiques telles et le site Web.
- JE N'AUTORISE PAS** le photographe attitré de l'AJBQ à me photographier ni à photographier les membres de ma famille.

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE:

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

MEMBRES DE LA FAMILLE PRÉSENTS :

Nom	Prénom	Date naissance

Signature du parent ou du tuteur.

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

AUTORISATION POUR LA PRISE DE DOCUMENTS AUDIOVISUELS

NOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

- J'autorise l'AJBQ à faire des enregistrements sonores et/ou des enregistrements magnétoscopiques devant servir à des fins cliniques seulement (pour le dossier du client).
- JE N'AUTORISE PAS** l'AJBQ à faire des enregistrements sonores et/ou des enregistrements magnétoscopiques devant servir à des fins cliniques seulement (pour le dossier du client).

ET

- J'autorise également l'utilisation de ces documents à l'AJBQ pour fins scientifiques, d'enseignement, de publication et/ou de recherche.
- JE N'AUTORISE PAS** l'utilisation de ces documents à l'AJBQ pour fins scientifiques, d'enseignement, de publication et/ou de recherche.

en respectant la restriction suivante :

- en permettant l'identification par le prénom
- en gardant l'anonymat

Signature du parent ou du tuteur.

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



**N'OUBLIEZ PAS
D'INCLURE DEUX (2)
PHOTOS RÉCENTES
DE VOTRE ENFANT !**



**DIS-LE COMME TU PEUX,
JE T'ÉCOUTE DE MON MIEUX**

CP 79044 succ. Des Oiseaux, Laval (Québec) H7L 5J1
TÉL. : 514 388-8455 | COURRIEL : info@ajbq.qc.ca

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Je soussigné(e)

En ma qualité de (lien de parenté)

De(s) enfant(s)

- autorise l'Association des jeunes bègues du Québec (AJBQ) à faire parvenir à :

_____ (nom de l'orthophoniste)
_____ (adresse de l'orthophoniste)
_____ # téléphone
_____ adresse courriel

- le bilan de la thérapie, pour les services reçus au cours de la semaine de thérapie intensive de fluidité et contenus dans le dossier du jeune identifié ci-dessus.

Cette autorisation est valable pour une période de **90 jours** après la tenue de la thérapie.

Signature du parent ou du tuteur.

Date

Signature de l'enfant de plus de 14 ans

Date

Chantale BAILLARGEON, B.Sc. B.A.

Directrice générale

Signature



AIDE MÉMOIRE

À cocher les documents suivants avant de les insérer dans l'enveloppe :

- Formulaire et **chèque de 30\$** pour adhésion membre (**si nouveau membre**)
- Autorisation de transfert d'informations
- Copie d'un RAPPORT ou ÉVALUATION orthophonique (**datant d'au plus de 1½ an**)
- Fiche d'inscription, incluant le numéro d'assurance maladie et la date d'expiration
- Renseignements personnels et confidentiels
- Parle-nous de toi !
- Contrat du participant
- Autorisation pour administration de médicaments
- Autorisation pour la prise de photos
- Autorisation pour la prise de documents audiovisuels
- Deux photos
- Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier

ET

- 3 chèques de 300\$ / 250\$ / 250\$ chacun totalisant 800\$ à l'ordre de l'AJBQ**

Rappelez-vous que l'inscription n'est en règle que si nous recevons **TOUS** les documents.

