



ARLPHCQ

ASSOCIATION RÉGIONALE DE LOISIR
POUR PERSONNES HANDICAPÉES
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Formulaire de demande
Soutien financier
2026/2027

Volet 2 – Soutien à l’accompagnement

Québec 

Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées (PAFLPH)

FORMULAIRE DE DEMANDE 2026/2027

VOLET 2 : SOUTIEN À L'ACCOMPAGNEMENT

DATE LIMITE 15 avril 2026 – 23h59

1. Renseignements généraux

Nom de l'organisation :		
Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :		
Adresse de correspondance		
Adresse : (numéro, rue)	Ville :	Code postal :
☐ Organisme de loisir à but non lucratif		
☐ Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées		
☐ Municipalité ou MRC		
☐ Camp de jour «non municipal» (ex. : OTJ)		
☐ Centre communautaire		

2. Présidence ou mairie — Coordonnées au travail

*Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l'organisme ou à la mairie seulement.
La direction générale n'entre pas dans cette section.*

Fonction :	Présidence	☐	Mairie	☐		
Identification :	M.	☐	Mme	☐	Préfère ne pas spécifier	☐
Prénom :	Nom :					
Téléphone :	Poste :					
Autre téléphone :	Poste :					
Courriel :						

3. Personne autorisée à répondre pour l'organisme — Coordonnées au travail

Identification :	M.	☐	Mme	☐	Préfère ne pas spécifier	☐
Prénom :	Nom :					
Fonction :						
Téléphone :	Poste :					
Autre téléphone :	Poste :					
Courriel :						

*Pour les organismes demandeurs en 2025, vous devez avoir rempli le formulaire de reddition de compte sur la plateforme Sentinelle avant de faire une nouvelle demande en 2026.

<https://notvss.com/sentinellecamps/v2/accueil.jsp>

4. RATIOS OFFERTS ET DEMANDÉS

4.1. Quel est le ratio d'accompagnement, en **NOMBRE**, que votre organisme est en mesure d'offrir pour les personnes handicapées **sans** le soutien financier de ce programme ?
(Ex. : 1 pour 1 = 3, donc je suis capable d'offrir 3 x 1 pour 1)

1 pour 1= 1 pour 2= 1 pour 3= 1 pour 4= 1 pour 5= Aucun=

Autre (préciser) :

4.2. Quel est le ratio d'accompagnement, en **NOMBRE**, demandé dans le cadre de ce programme pour les personnes handicapées ?

(Ex. : 1 pour 3 = 1, donc je serai en mesure d'offrir 1 x 1 pour 3 en supplémentaire)

1 pour 1= 1 pour 2= 1 pour 3= 1 pour 4= 1 pour 5=

Autre (préciser) :

Service d'accompagnement admissible : Seuls seront considérés les services d'accompagnement qui ne peuvent être offerts dans le cadre de la mission ou des services réguliers de l'organisme. De plus, vous devez effectuer l'embauche de ce ou ces derniers. **Aucun parent accompagnant son enfant ne peut bénéficier de ce programme.**

5. Actions prévues ou effectuées par l'organisme pour soutenir l'intégration de la personne handicapée

5.1 Intégration sociale

Mesures particulières pour faciliter l'intégration sociale de la personne handicapée en milieu régulier

Dans quels sites publics vos activités sont-elles organisées ?

Avec quel autre groupe avez-vous un projet d'intégration ?

5.2 Nombre d'accompagnateurs/trices déjà en poste et formés/es selon le type de formation.

Certification en accompagnement camp de jour (ARLPHCQ)

Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (AQLPH, ARLPHCQ)

Formation en animation (préciser laquelle)

Autre (préciser)

Aucune formation. Pourquoi ?

5.3 Nombre de formations à recevoir pour les accompagnateurs/trices qui seront engagés/es dans le cadre de cette demande, selon le type de formation.

Certification en accompagnement camp de jour (ARLPHCQ)

Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (AQLPH, ARLPHCQ)

Formation en animation (préciser laquelle)

Autre (préciser)

Aucune formation. Pourquoi ?

6. NOMBRE de participants/es par sexe, groupe d'âge et par type de déficience

6.1. Nombre de participants/es total dans votre camp de jour

6.2. Nombre de participants/es total avec ou sans besoin particulier

6.3. Nombre de personnes à besoin particulier par sexe

Homme

Femme

Non spécifié

6.4. Nombre de personnes à besoin particulier par groupe d'âge

0-4 ans

5-12 ans

13-17 ans

18-21 ans

22-35 ans

36-54 ans

55 ans et +

6.5. Nombre de personnes à besoin particulier par type de trouble(s) ou déficience(s)

Auditive

Trouble du spectre de l'autisme

Intellectuelle

TDA/H

Physique

Trouble du langage ou de la parole

Problème de santé mentale

Visuelle

Autres (précisez) :

7. Autonomie et besoins de la personne handicapée

Indiquer le **NOMBRE** de personnes accompagnées qui sont concernées par les propos suivants.

7.1. Communication

Langage utilisé :

Parlé

Non verbal

Gestuel

Un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)

7.2. Compréhension

La personne se fait comprendre :

Difficilement

☐

La personne comprend les consignes :

Difficilement

☐

7.3. Alimentation

La personne a besoin d'aide pour manger

☐

Oui

La personne a besoin d'aide pour boire

☐

Oui

Diète spéciale

☐

Oui

7.4. Habillement

La personne a besoin d'aide pour s'habiller

☐

Oui

7.5. Déplacement

La personne se déplace à l'intérieur

AVEC aide

☐

La personne se déplace à l'extérieur

AVEC aide

☐

La personne se déplace avec quel type d'appareil

7.6. Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour :

☐

Aller à la toilette

☐

Incontinence

☐

Ses soins personnels

Autre (préciser) :

7.7. Problèmes de santé particuliers

La personne a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur ?

☐

Oui

Nature des problèmes :

☐

Allergie sévère

☐

Épilepsie

☐

Diabète

☐

Problème cardiaque

☐

Problème respiratoire grave

Autre (préciser) :

7.8. Problèmes de comportement

La personne a des troubles de comportement

☐

Oui

Nature des troubles :

☐

Agressivité envers elle-même

☐

Opposition régulière

☐

Agressivité envers les autres

☐

Problème de fugue

☐

Opposition occasionnelle

Autre (préciser) :

7.9. Interventions particulières de l'accompagnateur/trice

Interventions requises par l'accompagnateur/trice :

☐	Aide à l'orientation	☐	Aide au transfert (fauteuil roulant)
☐	Stimulation à la participation	☐	Aide à l'alimentation
☐	Soins d'hygiène et de santé	☐	Rappel des consignes

Autre (préciser) :

8. Description et dates de réalisation des activités de loisir

Description :

Si CAMP DE JOUR, NON-SPÉCIALISÉ, cochez ici : ☐

Date de début :

Date de fin :

Nombre d'heures des activités **AVEC** accompagnement :

9. Coût de l'accompagnement

NOMBRE d'accompagnateurs/trices <u>par</u> <u>taux horaire</u>	Nombre total d'heures en accompagnement seulement	Taux horaire	Totaux salaires
Total			

Recevez-vous d'autres soutiens financiers (ministère, organisation, fondation, etc.) pour l'accompagnement de personnes handicapées ? ☐ OUI, spécifiez :

☐ NON

10. Renseignements sur la police d'assurance

Nom de la compagnie :	
Numéro de la police :	Date d'expiration de la police :
Montant de la protection pour l'assurance responsabilité civile :	

11. Pièces à joindre obligatoires *

* Pour que votre demande soit admissible, vous devez transmettre tous les documents mentionnés ci-dessous. En l'absence d'un de ces documents, nous ne pourrions pas traiter votre demande.

Rapport d'évaluation, si une subvention a été reçue l'année précédente	☐ Fait (Sentinelle) ☐ Suivra à la fin de l'activité le : ☐ Aucune demande faite l'année précédente	
Copie des lettres patentes dans le cas d'une première demande ou d'un changement des lettres patentes	☐ Jointe ☐ Transmise	
Copie de la plus récente déclaration annuelle — « Personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec	☐ Jointe	

12. Responsabilité de l'organisme

Nous certifions que les demandes adressées de notre organisme ou de notre municipalité, afin d'obtenir une aide financière pour payer les frais d'un service d'accompagnement lors d'une activité de loisir, sont réelles et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l'aide financière demandée est accordée à notre organisme, nous nous engageons à l'utiliser dans le respect des exigences prévues au Programme, soit :

- Embaucher, rémunérer et encadrer le personnel d'accompagnement et être responsable de sa formation;
- Ne pas rémunérer les parents qui offrent de l'accompagnement à leur enfant;
- Remplir le rapport d'utilisation de la subvention sur la plateforme Sentinelle de l'Association des camps du Québec avant le 15 mars 2027.

Signataire		
Nom :	Prénom :	Fonction :
Signature :		Date :

IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés. Les demandes doivent être transmises par ADOBE SIGN ou par courriel au : info@arlpqc.com

Il est important d'envoyer les pièces justificatives à : info@arlpqc.com

Pour toute information : direction@arlpqc.com

*Pour les organismes demandeurs en 2025, vous devez avoir rempli le formulaire de reddition de compte sur la plateforme Sentinelle avant de faire une nouvelle demande en 2026.

<https://notvss.com/sentinellecamps/v2/accueil.jsp>