



Présentation de l'organisme

Action Autisme

Notre mission

Action Autisme est un organisme communautaire engagé auprès des personnes autistes et de leur famille partout au Québec. Notre mission est d'offrir du soutien, de l'accompagnement et des services adaptés aux besoins des personnes autistes et de leur entourage, tout en contribuant à la construction d'une société plus inclusive, équitable et bienveillante.

Nous œuvrons également à informer, sensibiliser et éduquer la population québécoise sur l'autisme et les réalités vécues par les personnes autistes et leur famille. Par nos actions, nous souhaitons favoriser la reconnaissance des droits, l'inclusion sociale, la participation citoyenne et le mieux-être des personnes autistes dans toutes les sphères de la vie.

Cette mission se concrétise notamment par des activités de sensibilisation, de concertation, de formation, d'accompagnement et d'entraide, réalisées en collaboration avec les personnes autistes, leurs proches, les partenaires communautaires et les différents acteurs de la société.

Nos services – Volet Parents

Action Autisme offre trois volets de services destinés aux personnes autistes adultes. Veuillez cocher le ou les services pour lesquels vous souhaitez obtenir de l'information ou de l'accompagnement.

1. Service de soutien, d'accompagnement et d'intervention

Accompagnement et soutien personnalisé, écoute, références, défense des droits, accompagnement dans les démarches personnelles et développement de l'autonomie.

2. Service d'ateliers et de formations

Participation à des ateliers, conférences, formations et activités favorisant le développement des connaissances, des habiletés et de la participation sociale.

3. Service de MatériaThèque

Emprunt de matériel éducatif, de livres, d'outils spécialisés et de ressources adaptées aux besoins des personnes autistes et de leur entourage.



Le présent formulaire est requis afin de nous faire connaître vos besoins. Nous vous assurons de notre entière discrétion face au contenu de votre dossier

Renseignements de base

Prénom et nom du demandeur : _____

Prénom et Nom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____



Situation familiale

Brève description de votre situation familiale

Veuillez décrire brièvement votre situation familiale ainsi que les personnes qui font partie de l'entourage immédiat de votre enfant (conjoint(e), enfants, parents, proches aidants ou autres personnes significatives), si vous jugez cette information pertinente.

Diagnostic

Avez-vous reçu un diagnostic établi par un professionnel de la santé?

☐ Oui ☐ Non ☐ En attente d'évaluation

Si oui, veuillez préciser le ou les diagnostics :

Lors d'une première demande de services, si vous possédez une copie de votre rapport d'évaluation ou de diagnostic le joindre à votre demande.



Pour mieux vous connaître

Quel(s) moyen(s) de communication préférez-vous?

Par texto :

☐ Messages texte (SMS) ☐ Messenger ☐ Autre : _____

Par vidéoconférence

☐ Zoom ☐ Microsoft Teams ☐ Google Meet ☐ Autre : _____

Autres moyens de communication :

☐ Courriel

☐ Appel téléphonique

☐ Aucun appel téléphonique – privilégier les communications écrites

☐ Autre : _____



Description de vos besoins

Veuillez nous décrire l'objet de votre demande d'aide.



Autres renseignements pertinents (facultatif)

Vous pouvez utiliser cet espace pour nous transmettre tout renseignement que vous jugez pertinent afin de nous aider à mieux comprendre votre situation, vos besoins ou vos attentes.

Vous pouvez notamment nous informer de certains défis que vous vivez, des services déjà reçus, des adaptations dont vous pourriez avoir besoin ou de toute autre information que vous souhaitez porter à notre attention.

Si l'espace est insuffisant, vous pouvez joindre une lettre, un feuillet ou tout autre document pertinent à votre demande.



Déclaration

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts, complets et véridiques.

Personne ayant rempli le formulaire

Prénom et Nom : _____

Date : _____

Signature : _____

Transmission du formulaire

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli par l'un des moyens suivants :

Par la poste :

Action Autisme

1705, boulevard des Laurentides, bureau 250

Laval (Québec) H7M 2P5

Par courriel :

actionautisme@hotmail.com

—