



Camp Massawippi

Lettre de recommandation 2011

Camp Massawippi 3161, ch. Round Bay, Ayer's Cliff (Qc) J0B 1C0
Téléphone : 1 866 838-4707; Télécopieur : 819 838-1171

Objet : Recommandation pour le Programme *En route vers une Vie active*

Tu dois communiquer avec ton intervenant de la santé pour compléter ce formulaire et le retourner au comité de sélection des candidats au Camp Massawippi à l'adresse ci-dessus. Merci.

À PROPOS DU CANDIDAT

Nom : _____	Adresse : _____
Courriel : _____	_____
Téléphone : _____	Date de naissance : _____
École fréquentée : _____	Niveau académique actuel : _____
Programme régulier <input type="checkbox"/> Cheminement particulier <input type="checkbox"/>	Langue(s) parlée(s) : français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/>
Diagnostic : spina-bifida <input type="checkbox"/> DMC <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____	Condition de marche : ambulant <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> fauteuil roulant : électrique <input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/>

Après discussion avec mon client/ma cliente, voici les trois objectifs qu'il/elle aimerait atteindre lors de son séjour au camp :

1. _____
2. _____
3. _____

.../suite verso

Je vous soumetts la candidature de mon client / ma cliente, pour le Programme *En route vers une Vie active* au Camp Massawippi, qui aura lieu à l'été 2011.

Bien qu'une supervision et une aide seront présentes au camp, j'atteste que mon client / ma cliente est en mesure :

- de participer en groupe à des ateliers (comportement, capacité cognitive)
- d'assumer ses soins personnels avec aide minimale
- d'être éloigné de son domicile / parents pour une période de 12 jours

Mon client / ma cliente a commencé à s'impliquer dans les activités domestiques à la maison, comme par exemple :

Il / elle démontre également un potentiel à :

- vivre en appartement (seul ou supervisé)
- avoir un travail (rémunéré ou bénévole)
- conduire un véhicule

Je considère que mon client / ma cliente est un bon candidat pour les raisons suivantes :

À PROPOS DE L'INTERVENANT

NOM DE L'INTERVENANT EN LETTRES MOULÉES : _____

Fonction : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Signature : _____

NOTE À L'INTERVENANT : VOTRE IMPLICATION APRÈS LA FIN DU PROGRAMME SERA IMPORTANTE POUR ASSURER LE SUIVI DES OBJECTIFS DU CANDIDAT. MERCI.