**ÉTAPES À SUIVRE :**

**1- Choisissez d’imprimer ou de remplir le formulaire à l’écran**

**2- Envoyez les formulaires à l'attention « Animatrices »:**

**Par courriel :**  [ateliers.ppc@premierspaschamplain.org](mailto:ateliers.ppc@premierspaschamplain.org) ou  
**Par la poste :** Animatrices, Premiers Pas Champlain

78, rue Saint-Louis, LeMoyne, Qc  J4R 2L4

Une confirmation de réception des documents vous sera envoyée.

**3- Vous serez contactez par courriel pour fixer la rencontre d'inscription.**

***CE FORMULAIRE RESTERA CONFIDENTIEL ET SON USAGE SERA EXCLUSIF À PREMIERS PAS CHAMPLAIN***

**Date où le document a été complété par le parent :** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IDENTIFICATION DE LA FAMILLE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du parent #1 :** |  |
| **Âge :** |  |
| **Occupation :** |  |
| **Origine ethnique :** |  |
| **Langues parlées :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du parent #2:** |  |
| **Âge :** |  |
| **Occupation :** |  |
| **Origine ethnique :** |  |
| **Langues parlées :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adresse(s) :** |  | **Ville(s) :** |  |
| **N° de téléphone 1 :** |  | **Code postal :** |  |
| **N° de téléphone 2 :** |  | | |
| **Courriel** |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Revenu familial annuel :** | **0 à 30 000$** | **30 000$ à 60 000$** | **60 000$ à 90 000$** | **90 000$ et plus** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **État civile :** | **Famille nucléaire :** | **Famille monoparentale :** | **Famille recomposée :** |

**Précisez de quelle façon avez-vous appris l’existence des ateliers** (nom de la personne, institution, etc)**?**

|  |
| --- |
|  |

**IDENTIFICATION DE L’ENFANT QUI ASSISTERA AUX ATELIERS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms** | | | | | **Date de naissance**  (aaaa, mm, jj) | **Sexe** | | **Élément(s) spécifique(s) lié à l’enfant.**  Par exemple : allergies, diagnostics, conditions particulières. |
| F | M |
| De l’enfant qui participera aux ateliers : | |  | | |  |  |  |  |
| Des frères  & sœurs  (s’il y a lieu) | |  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
| **Quelle est la langue maternelle de l’enfant participant à nos ateliers ?** | | | | | | | |
| Français | Anglais | Espagnol | Arabe | | Autre  Précisez : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quelle langue parlez-vous à la maison ?** | | | | |
| Français | Anglais | Espagnol | Arabe | Autre  Précisez : |

|  |
| --- |
| **Votre enfant fréquente quelle école? En quelle année scolaire est-il?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Selon vous, quels sont les principaux défis de votre enfant?** |
|  | |
| **Selon vous, quelles sont les principales forces de votre enfant?** | |
|  | |

**Dans les établissements que votre enfant fréquente, nécessite-t-il d’un la présence d’un adulte en un pour un ?** Oui  Non

**Arrive-t-il à votre enfant de faire des crises de colère et d’avoir des comportements agressifs?**

Oui  Non

**Précisez si votre enfant est en attente, a reçu ou n’a pas reçu l’un des services suivants ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Services** | **En attente** | **À reçu** | **N’a pas reçu** | **Date**  **(aaaa, mm, jj)** | **Nom de l’intervenant & Téléphone** |
| CLSC |  |  |  |  |  |
| CMR |  |  |  |  |  |
| Orthophoniste privé |  |  |  |  |  |
| CRDI |  |  |  |  |  |
| Orthopédagogue |  |  |  |  |  |
| Psychoéducateur |  |  |  |  |  |
| Éducateur spécialisé |  |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |  |
| Autre(s) :Précisez : |  |  |  |  |  |

**Parmi les habiletés ci-dessous, mentionnez lesquelles sont acquises ou à soutenir chez votre enfant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Habiletés | Acquise | À soutenir |
| Écouter & poser des questions |  |  |
| S’exprimer à la première personne |  |  |
| S’exprimer en respectant les autres |  |  |
| Se calmer |  |  |
| Contrôler son impulsivité |  |  |
| Identifier ses sentiments & de les exprimer adéquatement |  |  |
| Planifier & d’organiser son travail |  |  |
| Reconnaître les besoins des autres |  |  |
| Aisance à s’engager dans la réalisation d’un travail de groupe |  |  |
| Demander de l’aide à un adulte ou à un pair pour régler pacifiquement un conflit |  |  |
| Trouver des solutions (non violentes & non hostiles) à des problèmes interpersonnels |  |  |
| Mettre en pratique une solution (non violente et non hostile) choisie et de l’évaluer. |  |  |
| Porter un jugement adéquat et positif sur soi ainsi que sur ses habiletés sociales |  |  |
| Refuser l’influence négative de certains pairs |  |  |

**Pourquoi désirez-vous que votre enfant participe à ces ateliers ?**

|  |
| --- |
|  |

**ADHÉSION**

Je supporte la mission que s’est donnée l’organisme :  oui  non

Premiers Pas/Home-Start Champlain est un organisme communautaire qui œuvre depuis plus de 25 ans auprès des familles avec enfant(s) d’âge préscolaire. Nous avons la profonde conviction qu’une enfance heureuse permet aux petits de développer leur plein potentiel et que leurs parents jouent à cet égard un rôle déterminant.

Je désire donc être membre de Premiers Pas / Home-Start Champlain. Par le fait même, je comprends que mon adhésion est valide de la date de signature jusqu’au 31 mars 2024.

|  |
| --- |
| **Je désire être membre :**  Famille  Bénévole  Partenaire  Employé  Corporatif |
| **J’aimerais offrir de mon temps comme personne bénévole.** |
| **J’aimerais contribuer à Premiers Pas / Home-Start Champlain par un don de       $.**  **Un reçu d’impôt sera émis pour un don de 20 $ ou plus. Veuillez faire votre chèque à l’ordre de Premiers Pas Champlain. Merci.** |

**CONSENTEMENT À L’UTILISATION DES PHOTOS ET VIDÉOS**

J’autorise Premiers Pas Champlain à utiliser les photos et/ou vidéos de mon enfant prises pendant les ateliers à des fins promotionnelles.  oui  non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Signature** | **Date (aaaa, mm, jj)** |