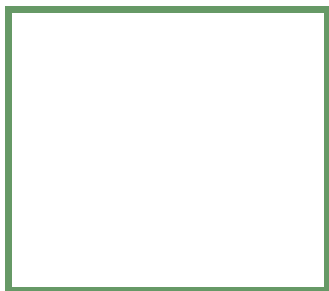


JE SUIS



J'ai _____ ans

Code postal _ _ _ _

J'attends depuis

J'ai perdu mes
services depuis

Je vais perdre
mes services le

J'ai besoin des services :

- | | | | |
|--|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Soutien à la personne/famille | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Programme de stimulation /ICI | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Atelier de travail | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stage de travail | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Soutien intégration travail | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Service de répit | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Service d'hébergement | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Soutien résidentiel | _____ | _____ | _____ |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Service professionnel | | | |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergo | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Physio | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diététicienne | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Travailleuse sociale | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | _____ | _____ | _____ |

J'Y AI DROIT !

Je suis informé (e) et j'autorise que ces informations soient remises à mon député et au ministère de la Santé et des Services sociaux

Signature

Date