

Programme d'appui à l'inclusion(PAI)



Formulaire de transfert

Veillez lire et consulter **les lignes directrices du Programme d'appui à l'inclusion** avant de remplir le présent formulaire de transfert.

Pour être admissible à un transfert de fonds dans le cadre du Programme d'appui à l'inclusion, un formulaire de transfert doit être rempli pour chaque enfant. Outre certains critères d'admissibilité, le formulaire de transfert fait état des exigences imposées aux garderies éducatives en ce qui a trait aux meilleures pratiques directement liées aux principes d'inclusion : **accès, participation et soutien**.

Toutes les sections applicables doivent être remplies afin de **confirmer** le transfert dans votre établissement et ainsi continuer de recevoir le financement destiné au personnel travaillant d'appui à l'inclusion.

Section 1 : Renseignements sur l'établissement – Seul l'exploitant peut remplir cette section

Nom de la garderie éducative	No de permis de l'établissement
Personne exploitante/administratrice de la garderie	Nom de l'agente ou de l'agent pédagogique de la petite enfance
Adresse postale	District scolaire <input type="checkbox"/> ASD-W <input type="checkbox"/> ASD-N <input type="checkbox"/> ASD-E <input type="checkbox"/> ASD-S <input type="checkbox"/> DSF-S <input type="checkbox"/> DSF-NO <input type="checkbox"/> DSF-NE
<input type="checkbox"/> Courriel :	<input type="checkbox"/> Téléphone cellulaire :
<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone :	
<input type="checkbox"/> La personne d'appui à l'inclusion qui travaille directement avec l'enfant ou les enfants bénéficiaires a suivi les formations obligatoires. Les cours obligatoires sont: les webinaires axés sur le soutien à l'inclusion et le cours de secourisme <i>Toutes les personnes travailleuses d'appui à l'inclusion récemment embauchés doivent suivre ces webinaires sur l'inclusion dans les trois mois suivant la date d'entrée en service.</i>	
Confirmez le financement rattaché au Programme d'appui à l'inclusion : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Partagé	

Section 2 : Renseignements sur l'enfant – Doit être remplie par un ou les parent(s)/tuteur(s)

Prénom de l'enfant	Nom de famille
Numéro d'éducation du Nouveau-Brunswick (NENB)	
Âge de l'enfant : <input type="checkbox"/> Préscolaire <input type="checkbox"/> Scolaire	Date de naissance :
Un diagnostic a-t-il été établi pour l'enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nature du diagnostic :	
Soutien individuel uniquement	
J'ai soumis une demande de consultation remplie par un fournisseur de services externe qui recommande du soutien intensif à l'inclusion (individuel).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du fournisseur de services : Date de la demande de consultation :
Le cas échéant, énumérez les autres fournisseurs de services qui veillent à la santé ou aux besoins de développement de votre enfant (p. ex. Services thérapeutiques VIVA, ergothérapie).	
Les enfants d'âge préscolaire	
Date prévue d'entrée à la maternelle :	
A remplir ci-dessous, pour les heures VIVA, dans la section blanche. Si l'enfant d'âge préscolaire fait actuellement l'objet d'une intervention sur place par l'intermédiaire des Services thérapeutiques VIVA, indiquez le nombre d'heures par semaine.	

À remplir pour enfant d'âge scolaire seulement

Si l'enfant est d'âge scolaire, bénéficie-t-il actuellement d'une personne assistante en éducation (AE) pendant qu'il fréquente l'école? Oui Non

Signature du ou des parents/tuteurs – Certification par les demandeurs

Parent/Tuteur Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :
<input type="checkbox"/> Aux fins d'admissibilité, le parent/tuteur confirme qu'il travaille ou fréquente un établissement scolaire.	
Parent/Tuteur Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :
<input type="checkbox"/> Aux fins d'admissibilité, le parent/tuteur confirme qu'il travaille ou fréquente un établissement scolaire.	

Nous, les soussignés, attestons par la présente que tous les renseignements fournis sont exacts et complets à notre connaissance.

Consentement éclairé des parents pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels

Les renseignements personnels demandés sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les services à la petite enfance* du Nouveau-Brunswick et seront utilisés pour l'application de cette dernière. Le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance recueille, utilise, conserve, divulgue et élimine les renseignements personnels conformément à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à toute autre loi, réglementation et politique applicables.

Les renseignements recueillis servent à déterminer l'admissibilité et le niveau de soutien nécessaire du Programme d'appui à l'inclusion.

Renseignements recueillis

- Nom et coordonnées du ou des parents ou tuteurs; nom et date de naissance de l'enfant; niveau d'intervention requis, besoins en soutien, progrès et portrait généraux de l'enfant inscrit au Programme d'appui à l'inclusion.
- Pour s'assurer que votre enfant reçoit un soutien approprié, le personnel du Ministère observera votre enfant au sein de sa garderie éducative.

Raisons

- Permettre de répondre aux besoins de votre enfant dans une garderie éducative.

Signature du ou des parent(s)/tuteur(s) :	Nom en lettres moulées :	Date :

Une fois le présent formulaire rempli, veuillez l'envoyer par la poste ou en envoyer une version numérisée par courriel au :

Programme d'appui à l'inclusion
 Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance,
 250, rue King – Place 2000
 C.P. 6000
 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1

Si vous avez des questions au sujet du Programme d'appui à l'inclusion, veuillez communiquer avec le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance.

Vous pouvez aussi communiquer avec l'agent ou agente en pédagogie préscolaire du Programme d'appui à l'inclusion de votre district.

Téléphone : 1-833-453-6645
 Courriel : ISP.PAI@gnb.ca