

## Programme de soutien à l'inclusion

### Consentement à la consultation

Nom du service de garde d'enfants agréé ou du centre ON y va :

---

Le consultant ou la consultante ressource offre des services de consultation, de mentorat et d'encadrement au personnel des centres ON y va, des services de garde d'enfants agréés et des programmes de loisirs approuvés. L'objectif est de favoriser la pleine participation de tous les enfants au programme.

\*Le personnel comprend les éducateurs et éducatrices, les praticiens et praticiennes, le personnel du programme, et le personnel de gestion.

Rôle du consultant ou de la consultante ressource :

- Effectuer des visites régulières en personne, virtuellement ou par téléphone
- Observer le déroulement du programme et discuter avec le personnel au sujet de préoccupations collectives ou individuelles
- Proposer des recommandations et des stratégies
- Aider les éducateurs et éducatrices ainsi que les praticiens et praticiennes à effectuer les tests de dépistage en matière de développement
- Appuyer l'élaboration de plans individualisés (forces, prochaines étapes, stratégies)
- Fournir des services de gestion de cas
- Diffuser de l'information et des ressources (pratiques inclusives, jalons clés du développement de l'enfant)
- Aider le programme à accéder à des services spécialisés et à consulter des organismes spécialisés
- Soutenir les enfants qui font la transition à l'école

Des visites virtuelles ou téléphoniques auront lieu au besoin. Les visites virtuelles se feront sur des plateformes virtuelles et ne sont pas enregistrées. La permission pour les services virtuels est requise.

Je donne mon consentement aux visites virtuelles

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires sur les services offerts par le Programme d'appui à l'inclusion, n'hésitez pas à discuter de toute question ou préoccupation avec les superviseurs de programme, les éducateurs/trices ou les consultantes en ressources.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Superviseur ou superviseure du programme : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\*Note : Applicable lorsque l'enfant fréquente un centre ON y va, un service de garde d'enfants agréé ou un programme de loisirs approuvé. \*

\* En signant ce formulaire, je reconnais et comprends que mon enfant aura accès aux services et soutiens du Programme d'appui à l'inclusion - consultante en ressources



## **Inclusion Support Program**

### **Consent for Program Consultation**

Licensed Child Care/EarlyON: \_\_\_\_\_

Resource Consultant will provide modeling, consulting and mentoring to EarlyON, Licensed Child Care and Approved Recreation Program Staff, and to support full participation of all children within the program.

\*Program Staff include: Educators/Practitioners/Program Staff/ Managers

Resource Consultant's role:

- Provide regular program visits in person, virtually or via telephone
- Program observation and discussion with Program Staff to address group and/or individual concerns
- Provide recommendations and strategies
- Provide modeling, consulting and mentoring within each program
- Support Educators/Practitioners to complete developmental screenings for all children
- Provide support for developing Individual Support Plan (strengths, strategies)
- Provide Case Management services
- Share information and resources (inclusive practices, child developmental milestones)
- Assist the program in connecting with other specialized services and agencies
- Provide support for children that are transitioning to school, other programs

Virtual or telephone program visits will take place when appropriate. Virtual visits will be over virtual platforms and are not recorded. Permission for virtual services is required.

I give consent to virtual visits

Should you require additional information on the services offered by the Inclusion Support Program, please do not hesitate to discuss any questions/concerns with the Program Supervisors, Educators or Resource Consultant.

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Program Supervisor: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

\*Note: Valid while the child is in EarlyON, Licensed Child Care and Approved Recreation\*

\* By signing this form, I acknowledge and understand that my child will have access to the services and supports of the Inclusion Support Program - Resource Consultant\*