

# Demande – séance(s) de formation pour besoins médicaux

## – Services d’inclusion pour jeunes enfants

---

Nom du service de garde :

Personne de contact :

# de participants :

# de téléphone :

Courriel :

Détails portant sur le lieu pour une formation en présentiel seulement :

Consultante-ressource du SIJE (*si applicable*)

Dates et heures de préférence pour la formation (voir renseignements ici-bas) :

**\*\*Pour toutes les formations énumérées ci-dessous, le SIJE exige que vous envoyiez une copie du plan individuel de l'enfant dont les besoins requièrent ce type de formation avec ce formulaire dûment rempli. Le plan individuel de l'enfant doit être soumis au SIJE au moins 5 jours ouvrables avant la date de la formation demandée afin que la formation puisse être offerte à la date souhaitée, qui doit aussi refléter la disponibilité du formateur. \*\***

---

### FORMATION DE CHEO

- Alimentation entérale (*par tube*)
- Cathéter
- Diabète (*présentation virtuelle*)
- Poche support pour stomie

### ÉPILEPSIE OTTAWA

- Crises épileptiques
- En virtuel
- En présentiel

---

Veillez poser toutes questions ou soumettre à la :

Coordonnatrice à l'accueil  
Services d'inclusion pour jeunes enfants  
613-736-1913 poste 231  
[cissfrench@afchildrensservices.ca](mailto:cissfrench@afchildrensservices.ca)