

PROPOSITION

FORMULAIRE D'ACCUEIL

INFORMATIONS GÉNÉRALES RELATIVES AU PARTICIPANT

Prénom : _____

Nom Famille : _____

Date naissance (AAAA/MM/JJ) : _____

NAM : _____ App : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Province : _____

Langue parlée : français ☐ anglais ☐ autre : _____

Langue comprise : français ☐ anglais ☐ autre : _____

Moyen de communication : Verbal ☐ Non verbal ☐ Quelques mots ☐
Signes ☐ Pictogrammes ☐

Diagnostic : Déficience intellectuelle ☐
Trouble du spectre ☐
autistique Déficience ☐
motrice Déficience visuelle ☐
Déficience auditive ☐
Déficience langagière ☐
Polyhandicap ☐
Retard global de développement (0-5 ans) ☐
Ne sais pas ☐
Autre diagnostic _____

Niveau d'autonomie : Requièrè peu de soutien Requièrè ☐
un soutien important Requièrè un ☐
soutien très important ☐

Aide à la mobilité : Non ☐
Oui ☐

Si oui, précisez l'aide technique (fauteuil électrique ou manuel, orthèse, canne, béquille, etc.): _____

Incontinence : **Non** ☐
 Incontinence accidentel ☐
 Culotte d'incontinence la nuit seulement ☐
 Culotte d'incontinence jour et nuit ☐

Condition de santé particulière :
 (Si coché, voir fiche santé annexée pour détails)

Diabète type 1 ☐
 Pompe
 Injection (seringue / stylo)
 Médication (comprimé, Ozempic, etc.)
 Glucagon ou glucose
 Glucomètre

Diabète type 2 ☐
 Médication (comprimé, Ozempic, etc.)
 Glucomètre
 Glucagon ou glucose

Condition cardiaque ☐
 Précisez : _____

Asthme ☐
 Pompe : oui / non _____

Allergie ☐
 Précisez : _____
 Epipen : oui /non : _____

Prise d'anticoagulants ☐

Hépatite ☐
 précisez : _____

VIH ☐

Problème de peau ☐
 précisez : _____

Épilepsie ☐
 Précisez (absence / convulsion) : _____

contrôlé ☐
 date de la dernière crise : _____
 non-contrôlé ☐

Immunosupprimé ☐

Autre : _____

Particularités alimentaires :

oui ☐

non ☐

Si oui, précisez :

Allergies ☐
précisez :

Diète spéciale ☐
précisez:

Alimentation par gavage ☐
précisez (heure, méthode, quantités, etc.)

Alimentation avec aide ☐
précisez:

Difficultés à la mastication ☐

Besoin d'adaptation (ustensiles, plats, etc) ☐
précisez

Autre : ☐
précisez

Comportements et Tendances :

Trouble de comportements ☐

Troubles grave de comportements ☐

Plan d'intervention ou fiche de comportements disponible

oui ☐

non ☐

En cas de crise, est-ce que la personne est connue et suivie par une équipe d'un service d'intervention du réseau de la santé ?

Nom de l'intervenant ou de l'équipe: _____

Coordonnées : _____

Fugue ☐

TDAH ☐

Hyper vocalisation (crie, écholalie) ☐

Hypersensibilité sensorielle ☐

Précisez : _____

Hyposensibilité sensorielle ☐

Précisez : _____

Automutilation ☐

Précisez : _____

Comportements agressifs ☐

Précisez : _____

Refus de coopérer ☐

Utilisation d'un objet de transition ou rassurant ☐

Précisez : _____

Anxiété / angoisse / stress ☐

Précisez : _____

Tendance à manipuler l'intervenant ☐

Obsession / Fixation (sujet d'intérêt particulier) ☐

Précisez : _____

Phobie ☐

Précisez : _____

Désinhibition ☐

Précisez : _____

-
- a) émotionnelle, par l'expression aisée de ses sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs (anxiété, tristesse, colère, amour, joie) ;
 - b) verbale, par des mots, des insultes, des cris ou une familiarité ;
 - c) fantasmatique, à travers l'expression des fantasmes ou des envies ;
 - d) physique, par des gestes envers les autres, la nudité ou l'expression physique de ses émotions ;
 - e) sexuelle, par une sexualité débridée et sans tabou.

Est -ce que la personne a des restrictions de contacts ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, avec qui ? :

Utilisation du transport adapté : Oui ☐ Non ☐

Si oui, numéro d'usager du transport adapté : _____

Optionnel

Compagnie de transport utilisée: _____

Coordonnées de la cie de transport : _____

AUTORISATION À LA PRISE PRISE D'IMAGES

Je soussigné(e), [Nom], autorise [Nom de l'organisme], et ses représentants à capturer et utiliser des images (photographies et/ou vidéos) représentant [Nom du participant], dans le cadre des activités de l'organisme.

Ces images pourront être utilisées à des fins de communication, de promotion et de sensibilisation, incluant, mais sans s'y limiter, les publications imprimées, le site web et les réseaux sociaux de [Nom de l'organisme] et de ses partenaires.

Je comprends que ces images ne seront utilisées que dans un cadre respectueux et conformément aux valeurs de l'organisme.

Fait à [Lieu], le [Date].

Signature : _____

Nom : _____

INFORMATIONS RELATIVES AU PARENT OU AU RESPONSABLE

PARENT 1 ou RESPONSBLE 1 :

Prénom : _____

Nom Famille : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Adresse (si différente de celle de l'utilisateur) : _____

Courriel : _____

PARENT 2 ou RESPONSABLE 2 :

Prénom : _____

Nom Famille : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Adresse (si différente de celle de l'utilisateur) : _____

Courriel : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom de la personne

à contacter en cas d'urgence : _____

Lien avec l'utilisateur : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

AUTRES CONTACTS (optionnel)

- ☐ Intervenant du réseau de la santé et des services sociaux
- ☐ Enseignants
- ☐ Parrain d'un parrainage civique
- ☐ Autre

Inscrire ici le nom et les coordonnées de cette personne :
