

FICHE INSCRIPTION

2017-2018



NOM DU PARTICIPANT :

Portrait global

Parle : Oui Non

S'exprime par des gestes : Oui Non

S'exprime avec des pictogrammes (fournis par la famille) : Oui Non

Compréhension du langage parlé : Oui Peu Non

Compréhension du langage écrit : Oui Peu Non

Peut-il demander de l'aide ? Oui Non

Accepte-t-il qu'on le touche ? Oui Non Précisions : _____

A-t-il des peurs ? Oui Non Si oui, lesquelles ? _____

Est-il conscient du danger ? Oui Non À quel niveau ? _____

Ses réactions face : aux étrangers : _____
aux animaux : _____

Relations avec l'adulte : _____

avec ses pairs : _____

Donner un exemple de renforcement efficace : _____

Quels moyen(s) et attitude(s) doit-on prendre lors de désorganisation ? (décrire la démarche) _____

Activités et sorties qui l'intéresse (Donner des exemples)

Autres particularités pour aider au fonctionnement

Niveau d'autonomie :

	Seul (e)	Aide partielle (préciser)	Aide totale
Hygiène personnelle (dents, douche, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il porte une culotte d'incontinence	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Se déplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il utilise un fauteuil roulant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Manuel <input type="checkbox"/>	Électrique <input type="checkbox"/>

Précisions concernant son autonomie (alimentaire, hygiène, etc) : _____

Particularités (cochez si c'est le cas et précisez au besoin)

- Asthme Épilepsie : Contrôlée
Problématique
- Diabète (si restriction alimentaire, fournir le régime)
- Problème cardiaque _____
- Troubles alimentaires _____ Manque d'appétit Excès alimentaire
- Dysphagie (risque d'étouffement) : _____
- Automutilation _____
- Maladie de la peau _____
- Trouble urinaire : incontinence retenue excessive
- Troubles intestinaux _____
- Sida Hépatite : A B C
- Troubles du sommeil : _____
- Allergies : _____
- Problématique sexuelle _____
- Trouble de comportement / Autres : _____
- _____
- _____

La personne prend-elle des médicaments ? oui non

La personne prend ses médicaments avec : eau purée autres Précisez : _____

Nom du médicament	Déjeuner	Dîner	Souper

Autres informations concernant la médication, précisez : _____

Il est **obligatoire par la loi** que les médicaments soient dans un **pilulier de pharmacie ou le contenant original** pour que nous soyons autorisés à leur donner.

** Le parent ou le tuteur a la responsabilité de transmettre à l'organisme toutes nouvelles informations médicales survenues entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée.*

Autorisations

Transmission d'autorité

Je, soussigné-e, _____ autorise les autorités responsables du Répit-Loisirs-Autonomie, en cas d'urgence ou dans l'impossibilité de me rejoindre, à faire transporter mon enfant à l'hôpital. J'autorise le personnel médical de l'hôpital, à donner les traitements médicaux, chirurgicaux, jugés nécessaires.

Date : _____

Signature : _____

Transport

Je, soussigné-e, _____ autorise les moniteurs du Répit-Loisirs-Autonomie, à transporter mon enfant en cas de déplacement sur les différents lieux d'activités. Je m'engage donc à déresponsabiliser ceux-ci en cas d'accident quelconque.

Date : _____

Signature : _____

Médicaments prescrits

Je, soussigné-e, _____ autorise les moniteurs du Répit-Loisirs-Autonomie, à administrer au participant mentionné plus haut lesdits médicaments prescrits, selon la posologie (voir section informations médicales).

Date : _____

Signature : _____

Photographie

Je soussigné(e) _____ autorise le Répit-Loisirs-Autonomie à faire des photographies de _____ et permet l'utilisation de ces photos dans les outils de promotion de l'organisme (site internet, dépliant, calendrier) et dans le cadre pédagogique (confectionner d'un album souvenir) des photos et /ou d'enregistrements vidéos de mon enfant pris au cours des activités offertes au sein de l'organisme.

Date : _____

Signature : _____

Politique générale

Annulation

Veuillez prévenir le plus tôt possible si vous devez annuler la présence de votre jeune.

Transport

Le transport est assuré par la famille pour l'arrivée et le départ ou bien par le **transport adapté** de votre ville. Pour cela, nous vous conseillons vivement de prendre contact avec eux directement. Lors des répit de fin de semaine, le transport est assuré par les moniteurs.

Vêtements et objets personnels

Répit-Loisirs-Autonomie n'est pas responsable des vols ou des pertes de vêtements et d'objets personnels.

Il est préférable d'identifier ceux-ci.

Notez que toute la liste qui suit est obligatoire

Matériel à apporter

Carte d'assurance maladie, medication.

Nécessaire de toilette (pour les répit)

Savon, shampooing, déodorant, brosse à dents, dentifrice, peigne ou brosse à cheveux, serviettes hygiéniques, culottes d'incontinence, serviette et débarbouillettes, sac de couchage ou couverture en quantité suffisante.

Prévoir différents vêtements (pour les répit)

Chandails, t-shirts, pantalons,

Souliers confortables de marche

Pyjama obligatoire (pas de jacquette),

Souliers ou pantoufles pour l'intérieur

Bas et sous-vêtements en quantité suffisante

Maillot, bonnet et serviette de bain

Autres (selon la saison)

Bottes pour l'extérieur

Ensemble de neige pour l'extérieur au complet (manteau et culotte)

Tuque, foulard, mitaines

** Tout autre matériel est votre discrétion.*

Important : Les i-pod, cellulaire ou tout autres jeux électroniques **sont interdits** lors des activités sauf lorsque ceux-ci sont jugés nécessaires pour le bon fonctionnement du jeune et qu'il y a eu entente au préalable. Le but de cette règle est d'éviter l'isolement et/ou la non participation aux activités.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TRANSFERT ET LA DIVULGATION DE
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À UN TIERS**

Nom du participant : _____

Nom du parent/représentant légal : _____

Nom de l'intervenant : _____

Nom de la pharmacie : _____

Je consens à ce que tout renseignement concernant le dossier de mon enfant/ personne dont j'ai la charge soit échangé entre le responsable de l'organisme Répit-Loisirs-Autonomie et mon intervenant afin d'assurer un suivi et des interventions efficaces et sécuritaires auprès de mon enfant/personne à charge.

De plus, je consens à ce que des renseignements relatifs à la prise de médicaments soient échangés avec les moniteurs qui encadreront mon enfant/personne à charge lors des activités afin que la prise de médicaments se fasse de façon adéquate et sécuritaire.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande confidentialité et seuls les renseignements jugés essentiels seront échangés.

Cette décision ne m'a pas été imposée et cette autorisation est valide pour toute la durée des activités qui seront offertes à mon enfant/personne à charge par le Répit-Loisirs-Autonomie.

Date : _____

Signature du parent/ tuteur légal : _____