|  |
| --- |
| L’image contient peut-être : texte |
| **PROCÉDURE D’INSCRIPTION**  Pour procéder à l’inscription de votre enfant dans nos services, vous devez remplir :   * 1. La fiche d’information du participant; * 2. La grille d’inscription des services auxquels vous souhaitez inscrire votre enfant sur laquelle vous indiquez les dates que vous désirez avoir.   Si c’est la première fois que vous inscrivez votre enfant dans nos services, vous devez nous fournir une preuve du diagnostic de votre enfant.  Nous vous demandons de remplir à chaque année la fiche d’information du participant. Nous vous suggérons d’enregistrer le document sur votre ordinateur pour le mettre à jour l’année suivante.  **FICHE D’INFORMATIONS DU PARTICIPANT**  Vous devez remplir obligatoirement les pages 2 à 6.  Vous devez compléter seulement les annexes qui correspondent au profil de votre enfant (épilepsie, allergie, particularités alimentaires et/ou médication).  Veuillez retourner les documents complétés par courriel à l’adresse suivante : [services@autismequebec.org](mailto:services@autismequebec.org)  **CONFIRMATION**  Suite à la période d’inscription, l’attribution se fait selon les places disponibles tout en essayant de respecter vos choix. Vous recevrez, par courriel, une confirmation des dates qui vous ont été attribuées.  Pour toutes questions concernant l’inscription aux services, vous pouvez communiquer avec Camielle Villeneuve, coordonnatrice des services, à l’adresse courriel indiquée plus haut.  Merci de votre compréhension! |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | **FICHE D’INFORMATION DU PARTICIPANT 2022-2023** | | |
| **IDENTIFICATION DU PARTICIPANT** | | | |
| NOM : | | |  |
| PRÉNOM : | | |
| DATE DE NAISSANCE : | | |
| ÂGE : | | |
| ADRESSE COMPLÈTE: | | |
| POIDS : | | |
| GRANDEUR : | | |
| NUMÉRO D’ASSURANCE MALADIE : | | |
| NUMÉRO D’USAGER STAC (transport adapté): | | |
| DIAGNOSTIC : | | |
| **INFORMATION SUR LES PARENTS/TUTEURS** | | | |
| Parent #1 :  MÈRE /  PÈRE /  AUTRE | | Parent #2 :  MÈRE /  PÈRE /  AUTRE | |
| NOM : | | NOM : | |
| PRÉNOM : | | PRÉNOM : | |
| ADRESSE COMPLÈTE :  IDEM PARTICIPANT | | ADRESSE COMPLÈTE :  IDEM PARTICIPANT | |
| ARRONDISSEMENT : | | ARRONDISSEMENT : | |
| TÉLÉPHONE : | | TÉLÉPHONE : | |
| CELLULAIRE : | | CELLULAIRE :      : | |
| COURRIEL : | | COURRIEL : | |
| **PERSONNE À AVISER EN CAS D’URGENCE (AUTRE QUE LE PARENT)** | | | |
| NOM : | | PRÉNOM : | |
| TÉLÉPHONE : | | LIEN AVEC LE PARTICIPANT : | |
| **PARTICULARITÉS MÉDICALES** | | | |
| Vous devez compléter obligatoirement les pages 2 à 6.  Bien vouloir compléter ***seulement*** les annexes qui correspondent au profil de votre enfant.  A DES PROBLÈMES MÉDICAUX/ALLERGIES (remplir annexe A)  A DES PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES (allergies, intolérances, rigidité, régime, etc.) (remplir annexe B)  PREND DE LA MÉDICATION (remplir annexe C)  FAIT DE L’ÉPILEPSIE (remplir annexe D) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **RESSOURCES DE JOUR** | |
| ÉCOLE | Nom de l’École :  Personne à contacter :  Coordonnées (téléphone ou courriel) : |
| CRDI | Intervenant(e) :  Coordonnées (téléphone ou courriel) : |
| AUTRES MILIEUX | Nom du milieu :  Personne à contacter :  Coordonnées (téléphone ou courriel) : |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMMUNICATION** | |
| MOYENS DE COMMUNICATION | Le participant s’exprime :   * Avec la parole :   + Mots isolés   + Phrases simples   + Conversation * Avec un outil :   + Outil technologique   + Échanger/pointer des pictogrammes   + Échanger/pointer des photos * Langage signé :   + Quelques signes de base  * + Plusieurs signes variés * Gestes/ expressions faciales   + Pointer * Autre : |
| COMPRÉHENSION GÉNÉRALE | La compréhension du participant des consignes à l’oral est :  Excellente  Suffisante  Limitée |
| SUPPORT À LA COMMUNICATION | Ce qui supporte sa compréhension :  Langage signé  Dessins  Langage conceptuel  Pictogrammes  Photos |
| LE PARTICIPANT SAIT LIRE | Oui  Non |
| LE PARTICIPANT SAIT ÉCRIRE | Oui  Non |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HYGIÈNE ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE** | | | | |
| TOILETTE | | Seul  Avec supervision  Avec aide physique | | |
| HYGIÈNE CORPORELLE | | Prend un bain  Prend une douche  Seul  Avec supervision  Avec aide physique | | |
| CHANGE SA SERVIETTE HYGIÉNIQUE SEULE | | Oui  Non  Ne s’applique pas | | |
| PORTE UNE CULOTTE D’HYGIÈNE | | Oui  Non  Seulement la nuit | | |
| HABILLEMENT | | Seul  Avec aide verbale  Avec aide physique | | |
| MOBILITÉ (SE DÉPLACE) | | Seul  Avec aide physique  Avec aide technique (précisez ) : | | |
| **ALIMENTATION** | | | | |
| HABITUDES ALIMENTAIRES | Le participant mange :  Peu Moyennement  Beaucoup  Lentement  Rapidement  Seul  Avec aide physique | | | |
| METS APPRÉCIÉS |  | | | |
| METS NON APPRÉCIÉS |  | | | |
| **GOÛTS ET INTÉRÊTS** | | | | |
| ACTIVITÉS PHYSIQUES |  | | | |
| ACTIVITÉS MANUELLES |  | | | |
| ACTIVITÉS CULTURELLES |  | | | |
| SORTIES |  | | | |
| LE PARTICIPANT PORTE-T-IL UNE VESTE DE FLOTTAISON À LA PISCINE? | | | Oui  Non | |
| **SOMMEIL** | | | | |
| HEURE HABITUELLE DU COUCHER : | | | | HEURE HABITUELLE DU LEVER : |
| HABITUDE DE SOMMEIL | Dort peu  Dort bien  Sommeil agité | | | |
| HABITUDES AVANT LE COUCHER |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPORTEMENTS** | |
| LE PARTICPANT A-T-IL UN PROTOCOLE DE GESTION DES COMPORTEMENTS PROVENANT DU CRDI OU DU MILIEU SCOLAIRE? | Oui  Non  Si oui : ***Merci de nous le joindre avec ce formulaire.*** |
| **TENDANCE À ÊTRE AGRESSIF** | Oui Non |
| Causes |  |
| Manifestations |  |
| Interventions |  |
| **TENDANCE À S’AUTOMUTILER** | Oui  Non |
| Causes |  |
| Manifestations |  |
| Interventions |  |
| **TENDANCE À MANGER DES SUBSTANCES NON COMESTIBLES** | Oui  Non |
| Précisions |  |
| **TENDANCE À FUGUER** | Oui  Non |
| Précisions |  |
| **TENDANCE À ÊTRE ANXIEUX** | Oui  Non |
| Causes |  |
| Manifestations |  |
| Interventions |  |
| **Aimeriez-vous nous faire part des comportements sexuels particuliers de votre enfant?** | Oui  Non |
| Précisions |  |
| **TENDANCE À BRISER DU MATÉRIEL** | Oui  Non |
| Précisions |  |
| **LE PARTICIPANT A-T-IL DES CRAINTES, PEURS, PHOBIES, ETC.?** | Oui  Non |
| Interventions |  |

**Attention**: Il est important d’insérer aussi votre signature (électronique ou numérisée) dans l’espace approprié en plus d’écrire votre nom.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORISATIONS** | | |
| NOM DU PARTICIPANT : | | |
| Par la présente, j’autorise Autisme Québec et ses mandataires à poser les actions suivantes : | | |
|  | Prendre et diffuser des photographies et des images vidéo | |
|  | Aller observer en milieu scolaire | |
|  | Faire des activités de sortie | |
|  | Donner la médication | |
|  | Échanger des renseignements avec des partenaires | |
|  | Remettre un CD de photos au moniteur de mon enfant | |
|  | Utiliser des coquilles (casque pour le bruit) | |
|  | Utiliser des photos de mon enfant comme outils visuels d’intervention | |
|  | Partager une chambre lors des répits et des camps de séjour | |
| Nom du parent ou de la personne responsable | | Signature du parent ou de la personne responsable |
| Date : | | |

IMPORTANT : Nous tenons à informer les parents qu’en cas de « situation extrême », nous nous réservons le droit d’utiliser des méthodes d’intervention physique pour assurer la sécurité des participants du camp et de notre personnel. Au besoin, nous pourrons aussi recourir à l’utilisation de la salle de retrait. Nous vous assurons que ces moyens ne seront utilisés qu’en cas de derniers recours et que des mesures préventives seront mises en place afin d’en limiter l’utilisation. Si de tels moyens sont utilisés avec votre enfant, l’information vous sera automatiquement transmise et nous ferons preuve d’une totale transparence avec vous.

Si vous inscrivez votre enfant à Autisme Québec, c’est que vous comprenez et acceptez notre manière de faire.

Merci de votre compréhension.

|  |  |
| --- | --- |
| Initiales : | Date : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | ANNEXE A – PROBLÈMES MÉDICAUX/ALLERGIES | | |
| NOM DU PARTICIPANT : | | | |
| **ALLERGIE** | | | |
| Le participant a-t-il des allergies autres qu’alimentaires?  Oui Non  Nommer le(s) allergène (s) :  Possède-t-il un injecteur d’épinéphrine (ÉPIPEN)?  Oui  Non  Décrire les réactions si le ou les allergène(s) sont ingérés ou sont en contact avec le participant :    S’il y a une réaction allergique, devons-nous suivre une procédure ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | | | |
| **PROBLÈMES MÉDICAUX** | | | |
| Le participant a-t-il une condition médicale particulière?  Oui  Non  Si oui, veuillez la décrire :    Est-ce qu’il y a une procédure à suivre selon la condition nommée ci-dessus?  Oui  Non  Si oui, veuillez la décrire ou joindre tout document pertinent :    Quelles sont les situations dans lesquelles cette condition médicale nécessite les services d’urgence?    Est-ce que le participant à un intervenant à son dossier en lien avec sa condition médicale particulière?  Oui  Non  Si oui, veuillez indiquer les coordonnées :  Nom :  Téléphone : | | | |
| Initiales : | | Date : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | ANNEXE B – PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES | | |
| NOM DU PARTICIPANT : | | | |
| Le participant présente :  ALLERGIE  INTOLÉRANCE  RÉGIME  RIGIDITÉ | | | |
| **ALLERGIE** | | | |
| Produit(s) allergène (s) :  Possède-t-il un injecteur d’épinéphrine?  Oui  Non  Décrire les réactions si le ou les produit(s) allergène(s) sont ingérés ou sont en contact avec le participant :    S’il y a une réaction allergique, devons-nous suivre une procédure ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | | | |
| **INTOLÉRANCE** | | | |
| Produit(s) :  Décrire les réactions si le ou les produit(s) sont ingérés ou sont en contact avec le participant :    S’il y a une réaction, devons-nous suivre une procédure ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | | | |
| **RÉGIME** | | | |
| Aliment(s) proscrit(s) : | | | |
| **RIGIDITÉ ALIMENTAIRE** | | | |
| Veuillez indiquer les mets/collations appréciés (précisez si c’est une marque en particulier) :  Déjeuner :  Repas :  Collations  Breuvages : | | | |
| Initiales : | | Date : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | | ANNEXE C - MÉDICATION | | |
| NOM DU PARTICIPANT: | | | | |
| **MÉDICATION RÉGULIÈRE** | | | | |
| Heures | SUIVI  (Réservé aux intervenants) | | MÉDICAMENT | Posologie |
| Lever |  | |  |  |
| Déjeuner |  | |  |  |
| Dîner |  | |  |  |
| Après-midi |  | |  |  |
| Souper |  | |  |  |
| Coucher |  | |  |  |
| **PRN (**épilepsie, antibiotique, sirop, etc.) | | | | |
| MÉDICAMENT | POSOLOGIE | | MOMENT OÙ NOUS DEVONS ADMINISTRER LA MÉDICATION | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| **PHARMACIE** | | | | |
| VEUILLEZ INDIQUER LES COORDONNÉES DE VOTRE PHARMACIE :  NOM :  ADRESSE:  TÉLÉPHONE : | | | | |
| **RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION**  Je confirme qu’il n’y a pas de modification de la médication.  DATE :  SIGNATURE : | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Initiales : | Date : |

|  |  |
| --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | ANNEXE D – PROTOCOLE CRISE D’ÉPILEPSIE |
| NOM DU PARTICIPANT : | |
| De quel type de crise d’épilepsie votre enfant souffre-t-il?    À quelle fréquence fait-il des crises?    Est-ce qu’il y a une marche à suivre lorsque votre enfant fait une crise (autre que de sécuriser l’environnement)?  Oui  Non  Décrire :    Dans quelle(s) circonstance(s) votre enfant fait-il des crises d’épilepsie (le jour, la nuit, condition physique, etc.)?    Doit-on administrer une médication d’urgence lors d’une crise?  Oui  Non  Si oui, veuillez nous indiquer à quel moment nous devons lui donner.    Doit-on appeler les urgences?  Oui  Non  Si oui, veuillez nous indiquer à quel moment nous devons les contacter.    Souhaitez-vous qu’on communique avec vous lorsqu’il y a une crise?  Oui  Non  **Si oui,** veuillez nous indiquer à partir de quel moment vous voulez qu’on vous appelle. | |

|  |  |
| --- | --- |
| Initiales : | Date : |