



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 souhaités.

Si c'est la première fois que vous inscrivez votre enfant dans nos services, vous devez nous fournir une copie d'un document confirmant son diagnostic.

Nous vous demandons de remplir à chaque année la fiche d'information du participant.

FICHE D'INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Vous devez compléter **obligatoirement** les pages 2 à 7.

Vous devez compléter seulement les annexes qui correspondent au profil de votre enfant (épilepsie, allergie, particularités alimentaires et/ou médication).

Veuillez retourner les documents remplis par courriel à l'adresse suivante : services@autismequebec.org

CONFIRMATION

Suivant 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 de fréquentation incluant les dates qui vous ont été attribuées.

Pour toutes questions concernant l'inscription aux services, vous pouvez communiquer avec nous en écrivant à l'adresse courriel indiquée plus haut.

Merci de votre collaboration !



FICHE D'INFORMATIONS DU PARTICIPANT 2023-2024

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

NOM :	
PRÉNOM :	
DATE DE NAISSANCE :	
ÂGE :	
ADRESSE COMPLÈTE:	
ARRONDISSEMENT :	
POIDS :	
GRANDEUR :	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :	
NUMÉRO D'USAGER STAC (transport adapté):	
DIAGNOSTIC :	

INFORMATION SUR LES PARENTS/TUTEURS

Répondant #1 LIEN AVEC LE PARTICIPANT :	Répondant #2 LIEN AVEC LE PARTICIPANT :
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
ADRESSE COMPLÈTE : IDEM PARTICIPANT	ADRESSE COMPLÈTE : IDEM PARTICIPANT
ARRONDISSEMENT :	ARRONDISSEMENT :
TÉLÉPHONE :	TÉLÉPHONE :
CELLULAIRE :	CELLULAIRE :
COURRIEL :	COURRIEL :

LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE TRANSMISE au répondant #1 au répondant #2 aux deux

PERSONNE À AVISER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LE PARENT)

NOM :	PRÉNOM :
TÉLÉPHONE :	LIEN AVEC LE PARTICIPANT :

INFORMATIONS QUANT AU PAIEMENT	
LES FACTURES DOIVENT ÊTRE ENVOYÉES	Au répondant #1 Au répondant #2 Au CIUSSS (si plan RAPA instauré)
PARTICULARITÉS MÉDICALES	
Vous devez compléter obligatoirement les pages 2 à 7. Bien vouloir compléter <u>seulement</u> 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	Intervenante(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 : <ul style="list-style-type: none"> • Avec la parole : <ul style="list-style-type: none"> ↳ Mots isolés ↳ Phrases simples ↳ Conversation • Avec un outil : <ul style="list-style-type: none"> ↳ Outil technologique ↳ Échanger/pointer des pictogrammes ↳ Échanger/pointer des photos • Langage signé : <ul style="list-style-type: none"> ↳ Quelques signes de base ↳ Plusieurs signes variés • Gestes/ expressions faciales <ul style="list-style-type: none"> ↳ Pointer • Autre :
COMMUNICATION DES BESOINS	Le participant communique ses besoins : Toujours Parfois Peu Jamais

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 Autre (précisez)		
LE PARTICIPANT SAIT LIRE	Oui	Non	
LE PARTICIPANT SAIT ÉCRIRE	Oui	Non	
HYGIÈNE ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE			
TOILETTE	Seul	Avec supervision	Avec aide physique (précisez ci-dessous)
	Aide physique :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Aide pour se laver les mains • Aide pour monter et descendre les vêtements • Aide pour s'essuyer • Aide pour s'essuyer à la selle seulement 		
HYGIÈNE CORPORELLE	Prend un bain		Prend une douche
	Seul	Avec supervision	Avec aide physique
	Précisez :		
CHANGE SA SERVIETTE HYGIÉNIQUE SEUL	Oui	Non	Ne s'applique pas
PORTE UNE CULOTTE D'HYGIÈNE	Oui	Non	Seulement la nuit
HABILLEMENT	Seul	Avec aide verbale	Avec aide physique
	Précisez :		
MOBILITÉ (SE DÉPLACE)	Seul	Avec aide physique	
	Avec aide technique (précisez) :		
RATIO D'ACCOMPAGNEMENT	1 :1	2 :1	3 :1 autre (précisez) :
ALIMENTATION			
HABITUDES ALIMENTAIRES	Le participant mange :		
	Peu	Moyennement	Beaucoup
	Lentement	Rapidement	
	Seul	Avec aide physique (précisez) :	
METS APPRÉCIÉS			

METS NON APPRÉCIÉS			
GOÛTS ET INTÉRÊTS			
ACTIVITÉS PHYSIQUES			
ACTIVITÉS MANUELLES			
ACTIVITÉS CULTURELLES			
SORTIES			
LE PARTICIPANT PORTE-T-IL UNE VESTE DE FLOTTEMENT 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 PARTICIPANT A-T-IL UN PROTOCOLE DE GESTION DES COMPORTEMENTS PROVENANT DU CRDI OU DU MILIEU SCOLAIRE ?	Oui	Non	
	<i>Si oui : Merci de le joindre à ce formulaire.</i>		
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 (Dans quel contexte, mesures préventives, etc.)		
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
	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/ou camps de séjour
	D'administrer, au besoin, les médicaments en vente libre suivants (cocher ceux qui s'appliquent) :
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Acétaminophène (ex : Tylenol®) Ibuprofène (ex : Advil®) Crème solaire </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Antihistaminique (ex : Bénédryl®, Aerius®) Antibiotique en crème (ex : Polysporin®) </div>
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 pourrions 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.



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 a un intervenant à son dossier en lien avec sa condition médicale particulière?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les coordonnées :

Nom :

Téléphone :



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 :



ANNEXE C - MÉDICATION

NOM DU PARTICIPANT:

MÉDICATION RÉGULIÈRE

Heures	MÉDICAMENT	Posologie
Lever		
Déjeuner		
Dîner		
Après-midi		
Souper		
Coucher		

PRN (épilepsie, antibiotique, sirop, etc.)

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	MOMENT OÙ NOUS DEVONS ADMINISTRER LA MÉDICATION

PRISE DE MÉDICAMENT

Avec de l'eau
 Avec du jus
 Avec de la compote
 Avec du yogourt

Autre (précisez)

PHARMACIE

VEUILLEZ INDIQUER LES COORDONNÉES DE VOTRE PHARMACIE :

NOM :

ADRESSE:

TÉLÉPHONE :



ANNEXE D – PROTOCOLE CRISE D'ÉPILEPSIE

NOM DU PARTICIPANT :

De quel type de crise d'épilepsie votre enfant souffre-t-il?

À quelle fréquence sont les 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.