|  |
| --- |
| L’image contient peut-être : texte |
| **PROCÉDURE D’INSCRIPTION**Pour procéder à l’inscription de votre enfant dans nos services, vous devez remplir :* La fiche d’information du participant;
* 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.Notez que le document « mise à jour » de la fiche du participant n’existe plus. Nous vous demandons de remplir 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 5. 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**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 Marie-Joëlle Langevin, coordinatrice des services.Merci de votre compréhension! |

|  |  |
| --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | FICHE D’INFORMATIONS DU PARTICIPANT 20Cliquez ici pour taper du texte. |
| **IDENTIFICATION** |
| NOM :Cliquez ici pour taper du texte. |  |
| PRÉNOM :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| DATE DE NAISSANCE :Cliquez ici pour taper du texte. |
| ÂGE :Cliquez ici pour taper du texte. |
| POIDS : Cliquez ici pour taper du texte. GRANDEUR :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| COULEUR DES YEUX :Cliquez ici pour taper du texte. COULEUR DES CHEVEUX :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| NUMÉRO D’ASSURANCE MALADIE :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| NUMÉRO D’USAGER STAC :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| DIAGNOSTIC :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| **ADRESSE** |
| NOM :Cliquez ici pour taper du texte.  | PRÉNOM :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| ADRESSE :Cliquez ici pour taper du texte.  | CODE POSTAL :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| VILLE :Cliquez ici pour taper du texte.  | ARRONDISSEMENT :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| TÉLÉPHONE :Cliquez ici pour taper du texte.  | CELLULAIRE :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| COURRIEL :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| **PERSONNE À AVISER EN CAS D’URGENCE (AUTRE QUE LE PARENT)** |
| NOM :Cliquez ici pour taper du texte.  | PRÉNOM :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| TÉLÉPHONE :Cliquez ici pour taper du texte.  | LIEN AVEC LE PARTICIPANT :       |
| **PARTICULARITÉS MÉDICALES** |
| [ ]  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 :Cliquez ici pour taper du texte. Enseignant ou éducateur : Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  CRDI Intervenant(e) :Cliquez ici pour taper du texte. Téléphone :        |
| [ ]  AUTRES MILIEUX Nom :Cliquez ici pour taper du texte. Personne à contacter :Cliquez ici pour taper du texte.  |

|  |
| --- |
| **COMMUNICATION** |
| MOYENS DE COMMUNICATION | [ ]  Parole [ ]  Gestes [ ]  Langage signé [ ]  Pictogrammes [ ]  Langage conceptuel |
| COMPRÉHENSION GÉNÉRALE | [ ]  Excellente [ ] Suffisante [ ]  Limitée |
| 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 |
| 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 :Cliquez ici pour taper du texte.) |
| **ALIMENTATION** |
| HABITUDES ALIMENTAIRES | Le participant mange :[ ]  Peu [ ] Moyennement [ ]  Beaucoup [ ]  Lentement [ ]  Rapidement[ ] Seul [ ]  Avec aide physique |
| METS APPRÉCIÉS | Cliquez ici pour taper du texte. |
| METS NON APPRÉCIÉS | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **GOÛTS ET INTÉRÊTS** |
| ACTIVITÉS PHYSIQUES  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ACTIVITÉS MANUELLES | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ACTIVITÉS CULTURELLES | Cliquez ici pour taper du texte. |
| SORTIES  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| LE PARTICIPANT PORTE-T-IL UNE VESTE DE FLOTTAISON À LA PISCINE?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **SOMMEIL** |
| HEURE HABITUELLE DU COUCHER :Cliquez ici pour taper du texte.  | HEURE HABITUELLE DU LEVER :Cliquez ici pour taper du texte. |
| HABITUDE DE SOMMEIL | [ ]  Dort peu [ ]  Dort bien [ ]  Sommeil agité |
| HABITUDES AVANT LE COUCHER | Cliquez ici pour taper du texte. |

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

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

**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 : Cliquez ici pour taper du texte. |
| 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 |
| Cliquez ici pour taper du texte.Nom du parent ou de la personne responsable | Cliquez ici pour taper du texte.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 au 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 :Cliquez ici pour taper du texte.  |
| **ALLERGIE** |
| Le participant a-t-il des allergies autres qu’alimentaires? [ ]  Oui [ ] NonNommer le(s) allergène (s) :      Possède-t-il un injecteur d’épinéphrine (ÉPIPEN)? [ ]  Oui [ ]  NonDécrire les réactions si le ou les allergène(s) sont ingérés ou sont en contact avec le participant :Cliquez ici pour taper du texte.S’il y a une réaction allergique, devons-nous suivre une procédure ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, décrivez :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PROBLÈMES MÉDICAUX** |
| Le participant a-t-il une condition médicale particulière? [ ]  Oui [ ] NonSi oui, veuillez la décrire :Cliquez ici pour taper du texte.Est-ce qu’il y a une procédure à suivre selon la condition nommée ci-dessus? [ ]  Oui [ ] NonSi oui, veuillez la décrire ou joindre tout document pertinent :Cliquez ici pour taper du texte.Quelles sont les situations dans lesquelles cette condition médicale nécessite les services d’urgence?Cliquez ici pour taper du texte.Est-ce que le participant à un intervenant à son dossier en lien avec sa condition médicale particulière? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, veuillez indiquer les coordonnées :Nom :Cliquez ici pour taper du texte. Téléphone :       |
| Initiales :       | Date :       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| L’image contient peut-être : texte | ANNEXE C - MÉDICATION |
| NOM DU PARTICIPANT: Cliquez ici pour taper du texte. |
| **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 |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PHARMACIE** |
| VEUILLEZ INDIQUER LES COORDONNÉES DE VOTRE PHARMACIE :NOM :Cliquez ici pour taper du texte. ADRESSE: Cliquez ici pour taper du texte.TÉLÉPHONE : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION**[ ]  Je confirme qu’il n’y a pas de modification au niveau de la médication.DATE :SIGNATURE : |

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

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

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