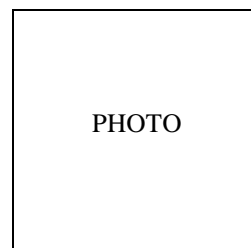


**CLUB DES PASSIONS**  
**Automne 2012-Hiver 2013**

**FICHE D'INSCRIPTION DES PARTICIPANTS**



IDENTIFICATION	
Nom :	Prénom :
Âge :	Date de naissance :
No d'assurance-maladie :	Date d'échéance de la carte :
Diagnostic :	
Résidence actuelle de l'usager : Parent <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____	
Adresse A (famille naturelle ou appartement) Nom du parent : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Tél.: _____ - _____	Adresse B (famille d'accueil, foyer, autre) Nom de la famille : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Tél. : _____ - _____
La correspondance doit-elle être envoyée à l'adresse A <input type="checkbox"/> ou B <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/>	
Quel école ou milieu l'usager fréquente-t-il hebdomadairement :	
Personne à qui référer en cas de problème : Lien avec l'usager : _____ Nom : _____ Tél. :( ) _____ - _____ Poste: _____	Personne à aviser en cas d'urgence : Lien avec l'usager : _____ Nom : _____ Tél. :( ) _____ - _____ Poste : _____

FICHE MÉDICALE			
<b>AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ:</b>	Oui	Non	SPÉCIFIEZ
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres			
<b>ALLERGIES</b>	Oui	Non	SPÉCIFIEZ
À l'aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À la pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À d'autres médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aux piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aux poils d'animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aux foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres			
Si d'autres renseignements sont pertinents, précisez:			

ASPECTS COMPORTEMENTAUX
<b>Comportements agressifs:</b> Envers objets : <input type="checkbox"/> Autrui : <input type="checkbox"/> Soi-même : <input type="checkbox"/>
Dans quelles circonstances:
Comment cela s'exprime-t-il?
Interventions à privilégier:
Autres informations:
<b>Mes peurs sont:</b>
Quand j'ai peur, je réagis en :

**ASPECTS COMPORTEMENTAUX (Suite)**

Autres informations:

**Mes hypersensibilités sont :**

Informations à privilégier :

Autres informations :

**Mes manies sont:****Autres aspects comportementaux à souligner****Protocole d'urgence :**Qui téléphoner : Parents :  Famille d'accueil :  Éducateur : 

Nom : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

Quand faire appel aux urgences : \_\_\_\_\_

Quel hôpital : \_\_\_\_\_

**GOÛTS ET INTÉRÊTS**Les activités **physiques** que je préfère sont:Les activités **manuelles** que je préfère sont:Les activités **culturelles** que je préfère sont:Les **sorties** que je préfère sont:

J'aime bien me promener en automobile:

Oui

Non

Précisez (comportement) :

J'aime bien me promener en autobus:

Oui

Non

Précisez (comportement) :

**Autres activités que j'aime :**Soirée de club désiré : Lundi  mardi  mercredi  jeudi \_\_\_\_\_  
Signature du participant\_\_\_\_\_  
Date**Autorisations**

J'autorise mon enfant (s'il a moins de 18 ans) à être véhiculé par le personnel du club des passions en cas de sortie.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

J'autorise les moniteurs du Club des passions à échanger de l'information avec mon éducateur spécialisé( ou celui de mon enfant) ou avec son milieu scolaire afin de mieux le desservir.

Signature du participant ou du parent : \_\_\_\_\_