

FICHE D'INSCRIPTION

S.V.P., remplir une fiche par. participant (E)

Association Handami pour personnes handicapées et leur famille

Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront une expérience réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son la direction et l'animateur afin de permettre de meilleures interventions.

Le formulaire doit être complété et remis avant l'intégration de l'utilisateur

1. IDENTIFICATION DU MEMBRE

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	

2. RÉPONDANTS : Nous devons être en mesure de vous joindre en tout temps pour toute urgence ou autre

1 ^{er} parent/ tuteur à rejoindre		2 ^e parent ou tuteur à rejoindre	
Nom :		Nom :	
Téléphone	Rés. :	Téléphone	Rés. :
	Bur. :		Bur. :
	Cell. :		Cell. :

Autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (Rés.) :	Téléphone (Rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

3. AUTORISATION DES PARENTS

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant ou usager survenaient pendant l'année je m'engage à transmettre cette information à la direction, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon usager.

En signant la présente, j'autorise les personnes désignées par l'Association Handami pour personnes handicapées et leur famille à prodiguer les premiers soins à mon enfant ou usager. Si la direction de L'Association Handami le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la direction de l'association Handami et leur famille et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant ou usager nuit au bon déroulement des activités.

Autorisation de communiquer des renseignements	1. Par la présente, j'autorise la direction de l'Association Handami à entrer en contact avec mon (mes) intervenant(e)s du CLSC ou des services de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSLan) pour les questions entourant la participation de mon enfant ou usager. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas Nom(s) des intervenant (e)s : _____ _____
	2. Par la présente, j'autorise la direction de l'Association Handami à entrer en contact avec le

Initiales du parent ou tuteur confirmant la lecture :

	<p>personnel de l'école (enseignant ou services complémentaires) pour les questions entourant la participation de mon enfant ou usager.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p> <p>École : _____</p> <p>Noms des personnes à contacter : _____</p>
--	---

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) _____

Signature du parent ou tuteur _____

Date de la signature _____

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre usager demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et à son animateur ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

3. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	précisez si anciennement, Asperger, TED-NS, ou autre :
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité précisez :
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Passivité Autres précisez :
<input type="checkbox"/> Diabète	précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	précisez :
<input type="checkbox"/> Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	précisez :

4. ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant ou usager a-t-il besoin d'un accompagnateur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Au meilleur de votre connaissance, quel est le ratio d'encadrement qui lui convient ? <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Autre : _____
Est-ce que votre enfant ou l'usager a un accompagnateur durant l'année ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisions : _____	

Initiales du parent ou tuteur confirmant la lecture :

5. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/>
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

6. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant ou usager doit-il prendre des médicaments à l'Association Handami? Oui Non Si oui, veuillez compléter l'annexe : Autorisation de prise d'un médicament

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui Non Si oui, lequel(s) : _____
 _____ Prescrit(s) pour : _____

7. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	
A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : _____ Raison : _____ Résultats : _____	
A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant ou usager souffre-t-il d'hépatite A,B,C ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____

Initiales du parent ou tuteur confirmant la lecture :

Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement
--	--

8. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Habitudes ou des manies (TOC) particulières (acceptées ou non)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
A-t-il tendance à faire des crises? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?
A-t-il des phobies et/ou peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex. : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses sentiments à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	S'adapte-t-il facilement à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Initiales du parent ou tuteur confirmant la lecture :

Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs?	
Quels sont les meilleurs moyens de l'encourager/le motiver?	

Autres informations à propos de votre enfant ou usager dont vous aimeriez nous faire part? (ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.) _____

Utilisez-vous une routine spéciale (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos, etc.) Qui nous permettrait de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant ou usager: _____

9. DEGRÉ D'AUTONOMIE		Aide constante	Aide occasionnelle	Supervision verbale	Autonome
Communication	Communication avec les autres				
	Compréhension des consignes				
	Se faire comprendre				
	Aides à la communication utilisés : <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Tableau <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestes				
Participation aux activités	Stimulation à la participation				
	Interaction avec les adultes				
	Fonctionnement en groupe				
	Activité de motricité fine (bricolage, manipulations, insertions, etc.)				
	Activité de motricité globale (sports, jeux psychomoteurs, ballon, etc.)				
quotidienn	Habillage (ex. : se vêtir, attacher ses souliers)				
	Alimentation				

Initiales du parent ou tuteur confirmant la lecture :

	Gérer ses effets personnels (ex. : boîte à lunch, sac à dos, etc.)				
	Rester avec le groupe				
	Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)				
Déplacements	Courts déplacements (précisez le niveau d'autonomie) <input type="checkbox"/> Autonome (marche)				
	Si besoin d'équipement pour les déplacements :				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				
	<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé				
	<input type="checkbox"/> Marchette adaptée				
	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles				
	<input type="checkbox"/> Déambulateur				
	En sortie / longues distances ? Même que si dessous ou différent (précisez) :				
Hygiène	Mon enfant ou usager porte <input type="checkbox"/> Des culottes d'aisance <input type="checkbox"/> Des couches	Accompagnement à la salle de bain Mon enfant ou usager. <input type="checkbox"/> Est autonome <input type="checkbox"/> À besoin d'être accompagné <input type="checkbox"/> À besoin de soutien d'une personne <input type="checkbox"/> Pivote pour transfert (debout avec support) <input type="checkbox"/> autre (décrivez)			
	NOTE : Veuillez prendre note que l'Association Handami pour personnes handicapées et leur famille n'a pas l'équipement requis et le personnel qualifié pour faire les changements de couche. En cas d'urgence (diarrhée, gastro) l'usager sera retourné à la maison. L'enfant ou l'usager doit toujours avoir avec lui un ensemble de rechange				

10. PHOTO Nous vous demandons de nous faire parvenir deux photos de votre usager ou enfant pour que nous puissions les ajouter à son dossier.

11. AUTORISATION DE PUBLICATION

Nous vous demandons la permission de publier des images de nos usagers sur nos modes de publications tel que : notre page Facebook, notre site Internet, notre Infolash saisonnier, ainsi que toute autre forme de publicité future pour l'Association Handami.

En ce (date) _____, j'autorise l'Association Handami d'utiliser des images impliquant (nom de l'usager) _____, à des fins de publicité pour l'association.

Signature _____

En ce (date) _____, je n'autorise pas l'Association Handami à utiliser des images impliquant (nom de l'usager) _____, à des fins de publicité pour l'association.

Signature _____

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec nous à l'Association Handami.