

## Formulaire d'identification du Participant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe :  
 (JOUR/MOIS/ANNÉE) M  F

No. à la STL : \_\_\_\_\_ No. assurance maladie : \_\_\_\_\_  
 Type de résidence :  Famille naturelle  Ressource intermédiaire  
 Centre d'hébergement  Famille d'accueil  Autre

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Laval \_\_\_\_\_  
 No. civile \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postale \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
 (Ind.rég.), numéro

### Adresse de facturation

Nom de la personne à contacter : M.  Mme   
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Lien : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

No. civile \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postale \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 (Ind.rég.), numéro

### Personne ressource

Nom de la personne à contacter : M.  Mme  Parent  tuteur  curateur   
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Lien : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

No. civile \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postale \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 (Ind.rég.), numéro

Nom du responsable de la ressource d'hébergement : M.  Mme   
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 (Ind.rég.), numéro

Nom de l'intervenant du CRDITED/CISSS/AUTRE : M.  Mme   
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Profil du participant**

*Prenez soin de votre*

Déficiência intellectuelle

Déficiencia sensorielle  
**Personnes à contacter en cas d'urgence**

Trouble du spectre de l'autisme

**Premier contact**

M.  Mme  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
(Ind.rég.), numéro

**Deuxième contact**

M.  Mme  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
(Ind.rég.), numéro

**Allergies et intolérances**

La personne souffre **d'allergies graves**

Ne sais pas  Non  Oui

Utilise un épipen

*Si oui, spécifiez l'allergène, la réaction et la procédure à suivre :*

La personne souffre **d'intolérance**

Ne sais pas  Non  Oui

*Si oui, spécifiez l'allergène, la réaction et la procédure à suivre :*

Intolérance au lactose

**Médication et soins de santé**

La personne prend de la médication à la maison?

Non  Oui  Oui au besoin

Spécifiez :

La personne prend de la médication chez StimuleArts?

Oui régulièrement  
Non  Oui au besoin

***Si oui, fournir une copie de la prescription et remplir le formulaire de distribution d'administration de la médication.***

Épilepsie

Non  Oui

Diabète

Non  Oui

Autres problèmes de santé particuliers

Non  Oui  spécifiez :

Hépatite

Non  Oui

<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Olfactive	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> TED non-spécifique <input type="checkbox"/> Trouble désintégré de l'enfance
<p style="text-align: center;"><b>Déficiência physique</b></p> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Paralysie <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Polyhandicap <input type="checkbox"/> Spastique <input type="checkbox"/> Déficit moteur <input type="checkbox"/> Autre :(Spécifiez)	<p style="text-align: center;"><b>Santé mentale</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Autre :(Spécifiez)	<p style="text-align: center;"><b>Maladie et syndrome</b></p> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Maladie dégénérative <input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Syndrome d'Angleman <input type="checkbox"/> Autre :(Spécifiez)
<b>Aide technique</b>		
<p style="text-align: center;"><b>Aide technique</b></p> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Casque protecteur <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Orthèse <input type="checkbox"/> Dentier <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique	<p style="text-align: center;"><b>La personne peut sortir de son fauteuil pour certaines activités?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-applicable <p style="text-align: center;"><b>Se transfère de son fauteuil roulant?</b></p> <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec lève-patient <input type="checkbox"/> Deux intervenants (à bras)	<p style="text-align: center;"><b>déplacements</b></p> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Autonome fauteuil <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant avec assistance <input type="checkbox"/> Risque de chute, déplacement mobile <u>sous supervision visuelle</u> <input type="checkbox"/> Risque de chute, déplacement mobile <u>avec accompagnement physique</u> <input type="checkbox"/> besoin d'aide pour <u>longues distance (50 mètres et +)</u>
<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :		

Communication		
Langues comprises	Moyens de communication	
<input type="checkbox"/> Aucune/ne sais pas <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Grec <input type="checkbox"/> Créole <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Sait lire <input type="checkbox"/> Sait écrire <input type="checkbox"/> Sait compter <input type="checkbox"/> Aucune communication connue <input type="checkbox"/> Verbal (mots) <input type="checkbox"/> Verbal (phrases) <input type="checkbox"/> Pictogrammes (photos) <input type="checkbox"/> Pictogrammes (images)	<input type="checkbox"/> Langue des signes (LSQ) <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Sons <input type="checkbox"/> Écholalie <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Mouvement des yeux <input type="checkbox"/> Tableau de communication <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Particularités :</b>		
Alimentation		
<b>Ouvre son lunch :</b> <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<b>S'alimente :</b> <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Ustensiles adaptés	<b>Particularité alimentaire :</b> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Gastrotomie <input type="checkbox"/> Liquide épaissi <input type="checkbox"/> Dysphagie : <u>si oui, la personne doit apporter son propre breuvage épaissi</u>
<b>Autres particularités alimentaires :</b>		
Hygiène		
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'assistance partielle <input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Besoin de rappel <input type="checkbox"/> Besoin d'assistance totale <input type="checkbox"/> Culotte d'aisance	
<b>Si culotte d'aisance :</b> <input type="checkbox"/> Changement debout <input type="checkbox"/> Changement au lit, se transfère seul <input type="checkbox"/> Changement au lit avec lève-patient		
<b>Autres particularités, spécifiez :</b>		

### Comportements

La personne a-t-elle des comportements problématiques ou particuliers? Oui  Non

Si oui lesquels :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Masturbation          | <input type="checkbox"/> Tics et manies             |
| <input type="checkbox"/> Crie           | <input type="checkbox"/> Mord                  | <input type="checkbox"/> Agressivité physique       |
| <input type="checkbox"/> Envahissant    | <input type="checkbox"/> Opposition            | <input type="checkbox"/> Agressivité verbale        |
| <input type="checkbox"/> Fabulation     | <input type="checkbox"/> Peurs                 | <input type="checkbox"/> Agressif envers les objets |
| <input type="checkbox"/> Fugue          | <input type="checkbox"/> PICA (non-comestible) | <input type="checkbox"/> Vol                        |
| <input type="checkbox"/> Hypersensible  | <input type="checkbox"/> Pleure                | <input type="checkbox"/> Autre                      |
| <input type="checkbox"/> Hypo sensible  | <input type="checkbox"/> Salivation excessive  |   |

Circonstances :

J'exprime ma joie :

J'exprime ma peine:

J'exprime mon accord :

J'exprime mon désaccord :

Que lui dites-vous en cas de crise pour le calmer :

---



---

Les réactions en cas de stress :

Spécifiez les interventions à privilégier:

Spécifiez les interventions à éviter :

Champs d'intérêts :(chanson préféré, livre préféré, jeu préféré, etc.)

### Fratrie et Animal

La personne a-t-elle

Frère nom :

Sœur nom :

Grand parent : nom :

Autre personne significative nom  
et lien :

Animal catégorie  
nom :

### Activités sociales

La personne fréquente ou a déjà fréquenté l'un ou l'autre de ces organismes?

Aledia

Centre Marcelle et Jean-Coutu

La clé des sens

Campgourou

CIVAPHL

Le Tremplin

Camp de jour Les inséparables

Danse du vendredi

Mouvement des personnes  
d'abord

Centre de jour Grand Cœur

Fondation Le Pilier

Services du chat botté Laval

Centre l'impulsion

Halte de l'OrchidBleue

Autres (*spécifiez*) :

Formulaire complété par :

Date (JJ/MM/AAAA):

Signature :

## Consentement médiatique

Participant de *StimuleArts* :

Prénom :

Je, soussigné(e)

**J'autorise, par la présente, la diffusion** de toute image ou vidéo du membre participant (mentionné ci-haut), en tout ou en partie, individuellement ou avec d'autres images ou vidéos sur le site Web, la chaîne Youtube, la page Facebook de [StimuleArts](#) et sur d'autres sites officiels, ainsi qu'à des fins médiatiques,

**J'autorise, par la présente,** la diffusion de toute image ou vidéo du membre participant (mentionné ci-haut), en tout ou en partie, individuellement ou avec d'autres images ou vidéos pour le rapport annuel de [StimuleArts](#), lors de présentations promotionnelles et campagnes de financement.

**Je comprends que la diffusion et l'utilisation** de tout matériel créé, en tout ou en partie, ainsi que les copies écrites découlant de la production, de la modification et de la promotion ou toute autre reproduction est la propriété de l'organisme [StimuleArts](#). De ce fait, **aucune compensation** ne sera versée. **(Obligatoire)**

**J'autorise la diffusion** et l'utilisation de l'identité du membre participant (mentionné ci-haut) au nom de [StimuleArts](#).

**Je comprends** que ce consentement est **valable pour toute la durée d'inscription** du membre participant aux ateliers de [StimuleArts](#), qu'elle est **renouvelable automatiquement** à chaque inscription et que je peux le faire modifier en tout temps, par écrit, signé et daté auprès de [StimuleArts](#).

Signataire : parent ou tuteur légal

Date (JJ / MM / AA)

Reçu par StimuleArts le

Date (JJ / MM / AA)

Le tuteur légal doit posséder une copie de la décision juridique le permettant d'exercer cette fonction.



## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

### Personne visée par la demande

Prénom :	Nom :
Date de naissance :	

Je, soussignée,

Nom

En ma qualité de

Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement :

À faire parvenir et ou à communiquer avec le personnel de [StimuleArts](#)

Les renseignements suivants :

**Le comportement, les intérêts, les manières d'intervenir, les éléments déclencheurs de problèmes de comportement.**

Contenus au dossier de l'usager ou connus par les intervenants pour la personne ci-dessus identifiée.

Cette autorisation est valable pour la période de 365 jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Date (JJ/MM/AAAA)