|  |
| --- |
| 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 : |       |

|  |
| --- |
| Fiche médicale |
| Personnes à contacter en cas d’urgence |
| 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** | La personne souffre **d’intolérance** |
| Ne sais pas [ ]  | Non [ ]  | Oui [ ]  |  | Ne sais pas [ ]  | Non [ ]  | Oui [ ]  |  |
| Utilise un épipen [ ]  |  |  |  |  |
| Si oui, spécifiez l’allergène, la réaction et la procédure à suivre : | Si oui, spécifiez l’allergène, la réaction et la procédure à suivre*:* |
|       |  |
| **Médication et soins de santé** |
| La personne prend de la médication à la maison? | La personne prend de la médication chez StimuleArts? |
| Non [ ]  | Oui [ ]  | Oui au besoin [ ]  | Non [ ]  | Oui au besoin [ ]  | [ ] Oui régulièrement  |
| **Si oui, fournir une copie de la liste des médicaments à jour**Spécifiez : | **Si oui, fournir une copie de la prescription et remplir le formulaire de distribution et d’administration de la médication.** |
|       |
|       |
| Épilepsie  |  | Diabète  |  |
| Non [ ]  | Oui [ ]  | Non [ ]  | Oui [ ]  |
|  |  |
|  |  |  | Hépatite  |  |
| Autres problèmes de santé particuliers | Non [ ]  | Oui [ ]  |
| Non [ ]  | Oui [ ]  spécifiez :      |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Profil du participant** |
| **Déficience intellectuelle** | **Déficience sensorielle** | **Trouble du spectre de l’autisme** |
|[ ]  Aucune  |[ ]  Aucune  |[ ]  Aucun  |
|[ ]  Ne sais pas |[ ]  Visuelle  |[ ]  Asperger  |
|[ ]  Légère  |[ ]  Auditive  |[ ]  Autisme  |
|[ ]  Moyenne  |[ ]  Olfactive  |[ ]  TED non-spécifique |
|[ ]  Sévère  |  |  |[ ]  Trouble désintégratif de l’enfance |
| **Déficience physique** | **Santé mentale** | **Maladie et syndrome**  |
|[ ]  Aucune  |[ ]  Aucune  |[ ]  Aucune  |
|[ ]  Paralysie  |[ ]  Ne sais pas  |[ ]  Ne sais pas |
|[ ]  Traumatisme crânien  |[ ]  Trouble de l’humeur  |[ ]  Hépatite  |
|[ ]  Polyhandicap  |[ ]  Trouble anxieux |[ ]  VIH |
|[ ]  Spastique  |[ ]  Trouble de la personnalité |[ ]  Maladie dégénérative |
|[ ]  Déficit moteur  |[ ]  Autre :(Spécifiez) |[ ]  Trisomie 21 |
|[ ]  Autre :(Spécifiez)       |  |       |[ ]  Syndrome d’Angleman |
|  |  |  |  |[ ]  Autre :(Spécifiez) |
|  |  |  |  |  |       |
| **Aide technique** |
| **Aide technique** | **La personne peut sortir de son fauteuil pour certaines activités?** | **Déplacements** |
|[ ]  Aucune  |[ ]  Oui  |[ ]  Autonome |
|[ ]  Appareil auditif |[ ]  Non  |[ ]  Autonome fauteuil |
|[ ]  Canne |[ ]  Non-applicable |[ ]  Fauteuil roulant avec assistance |
|[ ]  Casque protecteur | **Se transfère de son fauteuil roulant?** |[ ]  Risque de chute, déplacement mobile sous supervision visuelle |
|[ ]  Lunettes  |[ ]  Seul |  |  |
|[ ]  Marchette  |[ ]  Avec aide |[ ]  Risque de chute, déplacement mobile avec accompagnement physique |
|[ ]  Orthèse  |[ ]  Avec lève-patient |  |  |
|[ ]  Dentier  |[ ]  Deux intervenants (à bras) |  |  |
|[ ]  Fauteuil manuel  |  |  |[ ]  besoin d’aide pour longues distance (50 mètres et +) |
|[ ]  Fauteuil électrique |  |  |  |  |
|[ ]  Autre, spécifiez : |       |

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

|  |
| --- |
| **Comportements**  |
| La personne a-t-elle des comportements problématiques ou particuliers? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Si oui lesquels : |  |
|[ ]  Automutilation  |[ ]  Masturbation |[ ]  Tics et manies |
|[ ]  Crie |[ ]  Mord |[ ]  Agressivité physique |
|[ ]  Envahissant |[ ]  Opposition |[ ]  Agressivité verbale |
|[ ]  Fabulation |[ ]  Peurs |[ ]  Agressif envers les objets |
|[ ]  Fugue  |[ ]  PICA (non-comestible) |[ ]  Vol  |
|[ ]  Hypersensible |[ ]  Pleure |[ ]  Autres : |
|[ ]  Hypo sensible |[ ]  Salivation excessive |  |  |
| **Dans quelles circonstances les comportements apparaissent**: |
|       |
| **Comment**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/comportements 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 et établissement scolaire** |
| La personne a-t-elle fréquenté un établissement scolaire? Si oui, spécifiez le nom de l’école[ ]  Non, n’a jamais fréquenté d’établissement scolaire[ ]  École Alphonse-Desjardins[ ]  École Jean-Piaget[ ]  Autre (spécifiez) :      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) :       |

|  |
| --- |
| **Horaire d’activité** |
| **Cochez- la ou les journée(s) souhaitée(s) :**☐Lundi ☐Mardi ☐Mercredi ☐Jeudi ☐Vendredi**Cochez la plage horaire souhaitées :** ☐Demi-journée en AM (entre 9h et 12h) ☐Demi-journée en PM (entre 13h et 15h)[ ] Répit matin (entre 8h et 9h)☐Journée complète (Réservé aux familles)IMPORTANT : Les participants.tes provenant de leur milieu familial sont privilégiés lors des inscriptions. Comme nous recevons un très grand nombre d’inscriptions, StimuleArts pourra limiter le nombre de périodes demandées en fonction des disponibilités. |

Formulaire complété par :

Date (JJ/MM/AAAA):       Signature :