



DOSSIER du PARTICIPANT- CONFIDENTIEL AUTISME LAVAL

2285, ave Francis-Hughes, suite 200, Laval (Qc) H7S 1N5
☎ (450) 663-5551 Télécopieur (450) 663-0694
(lechatbotte@videotron.ca) (Site : www.autismelaval.org)
Bureaux ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 16h00

Coordonnées :

Nom du Participant: _____

Il vit avec : M. Mme **Nom :** _____
 Parents Mère Père Famille d'accueil Tuteur légal

Adresse _____

Ville : LAVAL Province. : Québec. Code postal _____

Tél. ☎(maison) : _____ **Cell.** ☎ : _____

Courriel : _____

Il vit **aussi** avec autre personne (...si adresse différente de celle en haut) :

M. Mme **Nom :** _____

Parents Mère Père Famille d'accueil Tuteur légal

Adresse _____

Ville : LAVAL Province. : Québec. Code postal _____

Tél. ☎(maison) : _____ **Cell.** ☎ : _____

Courriel : _____

Photo du participant

(SVP-joindre une photo récente)

Date de naissance _____

No. Assurance-Maladie _____

Date d'expiration : _____

Médecin traitant _____

Diagnostic : _____

Éducateur/ trice : _____

Nom : _____

☎ : _____

CLSC : _____

Travailleur social : _____

Nom : _____

☎ : _____

Transport adapté – Carte no. _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

X _____

☎ : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

X _____

☎ : _____

Communication :

Mode de communication :

- Verbal Gestuel Pictogramme Autre _____
- Problème auditif _____
- Problème visuel _____
- Autre problème sensoriel _____

- Le participant répond à ... :** En Français En Anglais
- L'appel de son nom des Consignes simples des Signes des Pictogrammes

Le participant est capable d'exprimer....

- Faim Soif Veut quelque chose A besoin d'aide A peur
- Douleur, mal quelque part Se sent malade Est content Est fâché
- Aime une activité N'aime pas une activité

Le participant est conscient du danger....

- Dans l'eau Dans la rue Avec les animaux

Le participant est capable....

- Entrer en contact avec d'autres enfants Entrer en contact avec des adultes

Le participant peut être encouragé, félicité ou motivé par les moyens suivants :

Comportements spécifiques :

- Agressivité physique Agressivité verbale Manipulation
- Automutilation Fugue Comportement sexuel
- Manipulations des substances organiques Ingestion de substances

Autonomie fonctionnelle : Le participant va à la toilette seul pour...

- Selles Urines A besoin d'aide
- Porte des couches de protection le jour Porte des couches de protection la nuit

Le participant...

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| Se lave | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Prend un bain | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Prend une douche | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Fait son lit | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Met ses chaussures | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| S'habille | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Se brosse les cheveux | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Se brosse les dents | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
-
-

Sommeil :

- Fait des siestes l'après-midi Dort seulement la nuit
-
-

Orientation et déplacements :

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|--|
| Se déplace: | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Conserve son équilibre: | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| S'oriente: | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
-
-

Habiletés et motricité :

Le participant est capable de

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Faire des activités de motricité <i>globale</i> | <input type="checkbox"/> Faire des activités de motricité <i>fine</i> |
| <input type="checkbox"/> Faire des activités au <i>niveau cognitif</i> | <input type="checkbox"/> Faire des activités <i>libres</i> |
| <input type="checkbox"/> Maintenir son attention pendant combien de temps ? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Quel est son comportement dans les périodes de jeux libres.? _____ | |
-
-

À la piscine, le participant

- Sait nager Porte une veste de sauvetage A peur de l'eau
-
-

Alimentation :

Le participant...

- | | | |
|-----------|-------------------------------|--|
| Mange.... | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Boit..... | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |

Le participant a-t-il des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

La nourriture...

Doit être coupée en petits morceaux Doit être hachée finement Doit être en purée

Diète spéciale à suivre : _____

Commentaires : _____

Ses aliments et **repas préférés** sont :

Il **n'aime pas** manger :

Intérêts du Participant :

Commentaires :

NOM : X _____

(Dossier du participant rempli par:)

X _____

Date:



Autorisations - CONFIDENTIEL
AUTISME LAVAL

2285, ave Francis-Hughes, suite 200, Laval (Qc) H7S 1N5
☎ (450) 663-5551 Télécopieur (450) 663-0694
(lechatbotte@videotron.ca) (Site : www.autismelaval.org)
Bureaux ouverts du lundi au vendredi de 8h30 à 16h00

Nom du Participant : _____

Autorisation de transport :

J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant lors des activités de répit, du camp ou des activités TSASDI.

Nom	Lien avec le participant	Téléphone
_____	_____	(____) _____
_____	_____	(____) _____
_____	_____	(____) _____

J'autorise "Les Services du Chat Botté" et/ou l'intervenant(e) à transporter mon enfant lors des sorties à l'extérieur des lieux du répit, du camp ou des activités TSASDI. De plus, je les dégage de toutes responsabilités.

Valide du _____ au _____

x _____ x _____

Signature du parent ou responsable :

Date :

Autorisation en cas d'urgence :

J'autorise le transport en ambulance du participant dans le cas où le responsable des activités de répit, du camp ou des activités TSASDI le jugera nécessaire. De plus, je m'engage à assumer les coûts d'un tel transport.

Valide du _____ au _____

x _____ x _____

Signature du parent ou responsable :

Date :

Autorisation pour la baignade :

J'autorise le participant à se baigner à la piscine sans gilet de sauvetage. De plus, j'assume la responsabilité de ce que cela peut impliquer.

Je n'autorise pas le participant à se baigner sans gilet de sauvetage.

Valide du _____ au _____

x _____ x _____

Signature du parent ou responsable :

Date :

Autorisation de photos :

J'autorise "Les Services du Chat Botté" et/ou l'intervenant(e) à photographier et à utiliser la photo de mon enfant pour la publicité et/ou le site internet du Chat Botté. **Les noms et coordonnées des enfants photographiés demeurent confidentiels.**

Valide du _____ au _____.

x _____ x _____

Signature du parent ou responsable :

Date :

Déclaration obligatoire : Pour la sécurité du participant, des intervenants et autres participants, il est obligatoire de déclarer sur la fiche d'inscription, toutes les médications, tous les traitements et autres produits qui sont pris par le participant avant, durant et après les activités.

Autorisation de médication

Le participant ne prend **aucune médication**.

J'autorise le personnel du Chat Botté à donner au participant les médicaments suivants :

(Note : Il est **obligatoire** de nous fournir une **photocopie de la prescription** pour tous les médicaments à donner à votre enfant. (Réf : **loi 90**- Ministère de la santé, P.Q.)

Médicament	Posologie	Heure	Prescrit par
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

J'autorise le personnel du Chat Botté à donner au participant, en cas de besoin, les médicaments en vente libre suivants :

(Note : Il est **obligatoire** de nous fournir une **photocopie de la prescription** pour tous les médicaments à donner à votre enfant. (Réf : **loi 90**- Ministère de la santé, P.Q.)

Médicament	Posologie	Raison
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Le participant ayant les **allergies** suivantes doit toujours avoir avec lui **l'épipen** ou le médicament approprié.

J'autorise le personnel du Chat Botté à apporter les soins suivants en cas de réaction allergique :

(Note : Il est **obligatoire** de nous fournir une **photocopie de la prescription** pour tous les médicaments à donner à votre enfant. (Réf : **loi 90**- Ministère de la santé, P.Q.)

Allergies	Soins à apporter	Médicament
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

J'ai la responsabilité d'informer "Les Services du Chat Botté" de tout changement apporté à la médication du participant après avoir complété ce formulaire.

Valide du _____ au _____.

x _____ x _____

Signature du parent ou responsable :

Date :