



# AUTISME LAVAL

## DOSSIER du PARTICIPANT- CONFIDENTIEL

**AUTISME LAVAL** **Camp été -2018-**

2285, ave Francis-Hughes, suite 200, Laval QC H7S 1N5

☎ (450) 663-5551

Télécopieur (450) 663-0694

([lechatbotte@videotron.ca](mailto:lechatbotte@videotron.ca))

(Site : [www.autismelaval.org](http://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 \_\_\_\_\_

☎ (maison) : \_\_\_\_\_ ☎ (cellulaire/travail) : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

☎ (maison) : \_\_\_\_\_ ☎ (cellulaire/travail) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Photo du participant

(joindre une **photo récente**)

Date de naissance \_\_\_\_\_

**No. Assurance-Maladie** \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_

**Diagnostic** : \_\_\_\_\_

Éducateur(trice)

Nom : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

CLSC \_\_\_\_\_

Travailleur social

Nom : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_
- Hyposensibilité (à quoi?) \_\_\_\_\_
- Hypersensibilité (à quoi?) \_\_\_\_\_

**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

**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 <u>globale</u>                    | <input type="checkbox"/> Faire des activités de motricité <u>fine</u> |
| <input type="checkbox"/> Faire des activités au <u>niveau cognitif</u>                      | <input type="checkbox"/> Faire des activités <u>libres</u>            |
| <input type="checkbox"/> Maintenir son attention... <b>pendant combien de temps ?</b> _____ |   |
| <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 <b>allergies</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                               |  |
| Si oui, lesquelles : _____   |                               |  |

**Intérêts du participant (ce qu'il aime/ce qu'il n'aime pas) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Commentaires :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Dossier du participant rempli par

x \_\_\_\_\_

Date



# AUTISME LAVAL

Autorisations - **CONFIDENTIEL**

**AUTISME LAVAL** **Camp été -2018-**

2285, ave Francis-Hughes, suite 200, Laval (Qc) H7S 1N5

☎ (450) 663-5551

Télécopieur (450) 663-0694

([lechatbotte@videotron.ca](mailto:lechatbotte@videotron.ca))

(Site : [www.autismelaval.org](http://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 d'été ou des activités TSASDI.

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

**J'autorise** "Les Services du Chat Botté" 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.

\_\_\_\_\_  
**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.

\_\_\_\_\_  
**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**.

\_\_\_\_\_  
**Signature** du parent ou responsable

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Autorisation de photos :**

J'autorise "Les Services du Chat Botté" à photographier mon enfant. **Les noms et coordonnées des participants photographiés demeurent confidentiels.**

J'autorise "Les Services du Chat Botté" à photographier et à utiliser la photo de mon enfant pour la publicité et/ou le site internet, les réseaux sociaux et les dépliants du Chat Botté. **Les noms et coordonnées des participants photographiés demeurent confidentiels.**

\_\_\_\_\_  
**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'Epipen** 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.

\_\_\_\_\_  
**Signature** du parent ou responsable

\_\_\_\_\_  
**Date**