



# DOSSIER DU PARTICIPANT – CONFIDENTIEL

LES SERVICES DU CHAT BOTTÉ

2285 avenue Francis Hughes, suite 200, Laval (Québec) H7S 1N5

Téléphone (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 8 h30 à 16h

## Coordonnées :

Nom du participant: \_\_\_\_\_

Il vit avec :

Parents     Mère     Père     Famille d'accueil     Tuteur légal

Adresse \_\_\_\_\_

Ville, Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

Parents     Mère     Père     Famille d'accueil     Tuteur légal

Adresse \_\_\_\_\_

Ville, Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

Photo du participant

(joindre 1 photo)

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

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_

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

Éducatrice/éducateur: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

CLSC \_\_\_\_\_

Travailleur social : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Transport adapté – carte no. \_\_\_\_\_

## Urgence : S.v.p.- Joindre une copie de la carte d'assurance maladie de l'enfant.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tél : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tél : \_\_\_\_\_

## 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...

- |  |                                 |  |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Selles                                  | <input type="checkbox"/> Urines | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide                         |
| <input type="checkbox"/> Porte des couches de protection le jour |                                 | <input type="checkbox"/> Porte des couches de protection la nuit |

### Le participant...

- |                       |                               |  |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| Se lave               | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide |
| Prend son 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 seul        | <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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fait des siestes l'après-midi | <input type="checkbox"/> 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 |
- 
- 

## Habilités et motricité :

### Le participant est capable de...

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

### À la piscine, le participant :

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sait nager | <input type="checkbox"/> Porte une veste de sauvetage | <input type="checkbox"/> A peur de l'eau |
|-------------------------------------|---|--|

## Alimentation :

### Le participant...

Mange....  Seul  A besoin d'aide

Boit.....  Seul  A besoin d'aide

A des allergies alimentaires \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### La nourriture...

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

Diète spéciale à suivre

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

Ses aliments et repas préférés sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il n'aime pas manger :

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

## Intérêts du participant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

x \_\_\_\_\_

Dossier du participant rempli par :

\_\_\_\_\_

Date :



# AUTORISATIONS - CONFIDENTIEL

LES SERVICES DU CHAT BOTTÉ

2285 avenue Francis Hughes, suite 200, Laval (Québec) H7S 1N5

Téléphone (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 8 h30 à 16h

Nom du participant: \_\_\_\_\_

## Autorisation de transport

- J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant lors des activités de répit, camp ou 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, camp ou activités TSASDI. Je les dégage de toutes responsabilités.

Valide du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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, camp ou activités TSASDI le jugera nécessaire. Je m'engage à assumer les coûts d'un tel transport.

Valide du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Date

## Autorisation pour la baignade

- J'autorise le participant à se baigner à la piscine sans gilet de sauvetage. 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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 médications, 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 au participant.

Valide du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Date