



## DOSSIER du PARTICIPANT- CONFIDENTIEL

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) : \_\_\_\_\_ ☎ (cell/ 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) : \_\_\_\_\_ ☎ (cell/ 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 \_\_\_\_\_

- 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 ..... <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 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:**



### **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 :