

Fiche du participant

Coordonnées		
Nom :		
Adresse :	Ville :	Code postal :
Date de naissance :	Numéro de téléphone :	
Grandeur de T-Shirt (Unisexe): S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL <input type="checkbox"/>		
Grandeur de Cotton Ouaté (Unisexe) : S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL <input type="checkbox"/>		

Informations personnelles							
Type de participant : <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> Activités <input type="checkbox"/> Non-membre (ex. danse) Date d'entrée :							
Type d'hébergement : <input type="checkbox"/> famille naturelle <input type="checkbox"/> Seul en appartement <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Autre, précisez :							
Personne autorisée à venir chercher :							
Entente concernant les paiements : <input type="checkbox"/> Retrait Direct <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Entente avec le Ciuuss <input type="checkbox"/> Participant Tous les participants doivent s'inscrire au retrait direct à l'exception des personnes sur la curatelle publique et en entente de service avec le Ciuuss. *Les documents nécessaires vous seront fournis selon l'entente de paiement.							
Jours de fréquentation demandés (9h à 15h)	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi		
Inscrit au remboursement de transport : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si Oui) indiquez la date de début :							
Numéro d'aide social pour le remboursement de transport :							
Numéro d'assurance maladie :				Expiration :			
Diagnostic de déficience :	Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Légère	Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Moyenne	Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Profonde	Syndrome de Down (Trisomie 21) <input type="checkbox"/>	Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/>	Paralysie Cérébrale <input type="checkbox"/>	Traumatisme Crânien <input type="checkbox"/>
Autres Diagnostics	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Allergies/Intolérances <input type="checkbox"/> Trouble santé mentale <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Autres						
Précisez (Exemple : fréquence et durée des crises, signes précurseurs, symptômes, indication de l'allergie etc.)							

Fournir le ou les outils de prévention disponible (Ou piste d'intervention)	
--	--

Prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non **Si oui, ceux-ci doivent être dans le pilulier préparé en pharmacie. Veuillez s.v.p. nous fournir la liste détaillée fournie par votre pharmacien, et ce, même si le participant n'en prend pas aux Fantastiques. Merci ! **
Fréquences médicaments	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Coucher
Autres conditions particulières à connaître?	(Si oui) Précisez :

Liste de médicaments
Vous devez fournir à l'organisme la liste de médicaments de la pharmacie * à jour et ce à chaque début de l'année*

Relations	
Nom du PARENT ou RESPONSABLE du participant :	
Téléphone : Cellulaire : Autre :	
Courriel :	
Personne à contacter en cas d'URGENCE : (Autre que le parent ou le responsable)	Numéro Téléphone : Lien avec le Participant :
Représentant légal:	
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Curatelle publique <input type="checkbox"/> Curatelle privée <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Téléphone :	Cellulaire :
Adresse Courriel :	
Intervenant Social :	
Téléphone travail :	Poste : Cellulaire :
Adresse courriel :	

Autorisations
** Un document vous sera remis lors de l'inscription**
Le document consiste à donner son consentement pour le transport du participant lors d'une activité, pour distribuer ou administrer des médicaments s'il y a lieu, pour diffuser des photos/vidéos et pour transmettre de l'information personnelles à la TS ou autres.