

Fiche du participant

Semaine Personnes adultes, vivant principalement avec une déficience intellectuelle, participant aux activités régulières et spéciales d'un à 5 jours/semaine.

Ou

Activités Personnes adultes, vivant principalement avec une déficience intellectuelle, s'intégrant au groupe pour des activités spéciales ou des sorties durant l'année.

Nom :		
Adresse :	Ville :	Code postal :
Date de naissance :		
Numéro d'assurance maladie :	Expiration :	
Numéro de téléphone :		
Lieu de résidence : <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 :		
Nom du PARENT ou RESPONSABLE du participant :		
Téléphone :	Cellulaire :	Autre :
Courriel :		
Personne à contacter en cas d'URGENCE : (Autre que le parent ou la personne responsable)		
Lien avec le participant :		
Téléphone :		
Représentant légal:		
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Curatelle publique <input type="checkbox"/> Curatelle privée <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		
Téléphone :	Cellulaire :	
Courriel :		

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"/>
Diagnostic de maladie	<input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Asthme		<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Allergies			
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale/comportement	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autres Précisez :					
Veillez s.v.p. préciser davantage : (ex. : fréquence et durée des crises, signes précurseurs, symptômes, etc. et nous fournir quelques pistes d'interventions.						
La personne est autonome pour : <input type="checkbox"/> Se déplacer <input type="checkbox"/> pour manger <input type="checkbox"/> utiliser la toilette <input type="checkbox"/> porte des culottes d'incontinence	Préciser le niveau de support requis le cas échéant :					
Quelles sont ses activités préférées ? Ses goûts, ses intérêts, etc.						
La personne prend-elle des médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , ceux-ci doivent être dans le pilulier préparé en pharmacie . Veillez s.v.p. nous fournir la liste détaillée fourni par votre pharmacien, et ce, même si le participant n'en prend pas aux Fantastiques. Merci !					
Nom du travailleur social :						
Courriel :						
Téléphone :						
Jours de fréquentation demandés (8h30 à 15h30)	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	