

Fiche personnelle du membre-utilisateur

Membre semaine

Membre activités

Nom :						
Adresse :		Ville :		Code postal :		
Date de naissance :						
Numéro d'assurance maladie :				Expiration :		
Numéro de téléphone :						
Lieu de résidence : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Autre, précisez :						
Nom de la personne responsable du lieu de résidence						
Téléphone :		Cellulaire :		Autre :		
Courriel :						
Adresse <i>si différente de celle du membre :</i>						
Personne à contacter en cas d'URGENCE :				Lien avec le membre :		
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 :	Déficiences intellectuelles <input type="checkbox"/> Légère	Déficiences intellectuelles <input type="checkbox"/> Moyenne	Déficiences intellectuelles <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"/>

<input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> TDAH					
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Troubles de santé mentale		<input type="checkbox"/> Autres			
Veuillez 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"/> signer nos demandes d'autorisation <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 :				
La personne présente-t-elle des aptitudes particulières ou des intérêts en ce qui a trait aux loisirs (exemple : talents artistiques, habiletés manuelles ou autres) ? Quelles sont ses activités préférées ?						
La personne prend-elle des médicaments ? <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui , veuillez s.v.p. nous fournir la liste détaillée sous forme de carnet fourni par votre pharmacien. Merci !				
Nom du travailleur social :						
Courriel :						
Téléphone :						
Jours de fréquentation du Centre de 8h30 à 15h30		<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi