

**INSCRIPTION ET AUTORISATIONS**

**POUR LES RÉPITS D’ÉTÉ 2023**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **FICHE D’INSCRIPTION ET DE CUEILLETTE DE DONNÉES**
* **AUTORISATION MÉDICALE**
* **AUTORISATION DE PHOTOS**
* **AUTORISATION DE DÉPLACEMENT**
* **AUTORISATION POUR LES ACTIVITÉS NAUTIQUES**



**2023-2024**

|  |
| --- |
| ***COLLECTE DE DONNÉES ET FICHE D’INSCRIPTION ANNUELLE OBLIGATOIRE*** |

 Nom :

Photo récente
(les nouveaux participants doivent OBLIGATOIREMENT faire parvenir une photo)

 Prénom :

 Adresse complète :

 Numéro de téléphone :

 Numéro d’assurance-maladie :

 Date de naissance :

 Langue parlée : 🞎 français 🞎 anglais

**SECTION RÉPONDANTS**

Nom du père :

Nom de la mère :

**Nom de la personne responsable légale (titre)** :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identification de la ressource** :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personnes à contacter en cas d’urgence :**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DIAGNOSTIC MÉDICAL** |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 Déficience intellectuelle (DI)  | 🞎 légère 🞎 moyenne 🞎 sévère |
| 🞎 Limitations  | 🞎 visuelle 🞎 auditive |
| 🞎 Limitations physiques   | 🞎 Déplacements :🞎 Fauteuil roulant  🞎 Marchette 🞎 Canne🞎 Habiletés de transferts : 🞎 seul (e) 🞎 avec aide |
| 🞎 Trouble du spectre de l’autisme (TSA) |  |
| 🞎 Trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité (TDAH)  |  |
| 🞎 Problème de santé mentale | 🞎 Schizophrénie🞎 Trouble de l’humeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 Dépression 🞎 Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 Trouble du comportement | **Voir page 4** |

Autre :

Nom de l’intervenante externe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la travailleuse sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Signature de la personne responsable Date

**Il est très important de s’assurer qu’en cas d’urgence,**

**les personnes désignées soient disponibles en tout temps aux dates prévues pour le séjour.**

|  |
| --- |
| **FICHE SANTÉ** |
| Diabète |  🞎 Oui 🞎 Non |
| Prise de glycémie capillaire |  🞎 Oui 🞎 Non |
| Épilepsie |  🞎 Oui 🞎 Non Date de la dernière crise :  Description :  Manifestation de la crise :   |
| Trouble cardiaque |  🞎 Oui 🞎 Non |
| Asthme ou trouble respiratoire |  🞎 Oui 🞎 Non |
| Hépatite |  🞎 Oui 🞎 Non |
| Vacciné contre le tétanos |  🞎 Oui 🞎 Non |
| Autres, préciser |  |

Le participant doit-il avoir son matériel médical pour ses soins particuliers ex : pansement, etc. ?

Le participant a-t-il des allergies alimentaires et autres connues? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, précisez les manifestations :

**NIVEAU DE SOIN (RÉANIMATION OU NON)**

Advenant un problème de santé majeure (AVC ou autres), est-ce que vous autorisez les personnes certifiées à réanimer le participant à l’aide du défibrillateur avant l’arrivée des ambulanciers ?

🞎 Oui

🞎 Non **Si non, une feuille d’autorisation médicale du médecin est obligatoire**

**Si l’usager a des allergies et doit utiliser un ÉPIPEN,**

**il doit obligatoirement l’avoir en sa possession**

**COMPORTEMENTS**

|  |
| --- |
| ***Comportement problématique*** |
| **Avant :** Comment prévenir la crise comportement observé |  |
|  |
|  |
| **Pendant :** Intervention |  |
|  |
|  |
| **Après :** Intervention favorisée que vous faites à la maison |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| ***Comportement problématique*** |
| **Avant :** Comment prévenir la crise comportement observé |  |
|  |
|  |
| **Pendant :** Intervention |  |
|  |
|  |
| **Après :** Intervention favorisée que vous faites à la maison |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| ***Comportement problématique*** |
| **Avant :** Comment prévenir la crise comportement observé |  |
|  |
|  |
| **Pendant :** Intervention |  |
|  |
|  |
| **Après :** Intervention favorisée que vous faites à la maison |  |
|  |

|  |
| --- |
| **AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES** |
| Sexualité (afin de connaître le niveau de surveillance) | 🞎 Actif 🞎 Non actif |
| Comportement à caractère sexuel | 🞎 Non  |
| 🞎 Oui, expliquez : |
| Habitudes, peurs ou autres qu’il serait bon de connaître (ex. : peur du noir, peur des animaux, de l’eau, de certains bruits, vertige…) |  |
|  |
|  |
|  |
| Événements marquants vécus dans l’année (ex. décès, maladie, hospitalisation, déménagement…) |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **INTÉRÊTS** |
| Ce que j’aime  |  |
|  |
|  |
| Ce que je n’aime pas |  |
|  |
|  |
| Activités personnelles | 🞎 Dessin🞎 Casse-tête🞎 Cartes🞎 Jeux de société (énumérer) |
| 🞎 Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Préfère-t-il/elle être : | 🞎 En petit groupe🞎 En grand groupe🞎 En solitaire🞎 Aucune différence  |

|  |
| --- |
| **HYGIÈNE**  |
| Je me lave |  🞎 Seul 🞎 Avec aide | 🞎 Quelqu’un doit me laver  |
| Je préfère  |  🞎 Bain adapté 🞎 Douche |
| Si bain adapté, veuillez choisir |  🞎 Autonome 🞎 Lève-patient  |
| Je me brosse les dents |  🞎 Seul 🞎 Avec aide |  🞎 Quelqu’un doit me brosser les dents 🞎 Ne s’applique pas |
| Je prends soin dema prothèse dentaire |  🞎 Seul 🞎 Quelqu’un doit en  prendre soin 🞎 Avec aide 🞎 Ne s’applique pas |
| Je porte une culotte d’incontinence |  🞎 En tout temps : 🞎 Le jour 🞎 La nuit 🞎 Jamais |
| Je porte une serviette hygiénique | 🞎 En tout temps 🞎 Le jour 🞎 La nuit 🞎 Jamais |
| Je porte une prothèse auditive | 🞎 En tout temps 🞎 Le jour 🞎 La nuit 🞎 Jamais |
| Élimination  | 🞎 Intestinale Fréquence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 Vésicale Fréquence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Je m’habille | 🞎 Seul🞎 Avec aide🞎 Quelqu’un doit m’habiller |
| Autres soins ou besoins particuliers | 🞎 Positionnement 🞎 Monter les ridelles 🞎 Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ALIMENTATION** |
| Je mange… |  🞎 Seul 🞎 En purée 🞎 Avec aide 🞎 Coupé finement 🞎 Gavage 🞎 On doit me nourrir |
| Je bois… |  🞎 Seul 🞎 Verre adapté 🞎 Avec aide 🞎 Avec une paille |
| Je bois … | 🞎 Café 🞎 Thé 🞎 Tisane 🞎 Jus  |
| Restrictions / Diète |  |
|  |
| Ce que je n’aime pas |  |
|  |
| Intolérances alimentaires | Quel(s) aliment(s) : |
| Manifestation : |
| Épaississement des liquides |  🞎 Oui avec quoi? 🞎 Non |

|  |
| --- |
| **SOMMEIL** |
| Heure du lever |  |
| Heure du coucher |  |
| Sieste  |  🞎 Oui 🞎 Non 🞎 Parfois |
| Je me réveille la nuit |  🞎 Oui 🞎 Non 🞎 Parfois Expliquez :   |

|  |
| --- |
| **COMMUNICATION** |
| Compréhension de la communication | 🞎 Verbale 🞎 Par geste 🞎 Avec un tableau de communication 🞎 Pictogrammes |

***MERCI DE VOTRE COLLABORATION !***



**2023-2024**

|  |
| --- |
| **AUTORISATION MÉDICALE (médicaments personnels)** |
| J’autorise le personnel de la Maison Maguire à administrer à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ses médicaments personnels.**DOSETTE DE MÉDICAMENTS OBLIGATOIRE (PHARMACIE)**  |

**S.V.P. bien vouloir indiquer le nom et le dosage de chaque médicament.**

|  |
| --- |
| **Liste des médicaments du participant** |
| Nom | Dosage | Déjeuner | Dîner | Souper | Coucher |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Moyens pour faciliter la prise du médicament :**

🞎 Eau 🞎 Jus 🞎 Compote/Yogourt 🞎 Autre :

|  |
| --- |
| **AUTORISATION MÉDICALE (médicaments en vente libre)** |
| J’autorise le personnel de la Maison Maguire à administrer à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ des médicaments en vente libre comme :

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 Acétaminophène (Tylénol, Tempra etc.)🞎 Antiémétique (Gravol, etc.)🞎 Antihistaminique (Bénadryl, etc.) | 🞎 Antibiotique en crème (Polysporin, etc.)🞎 Laxatif (suppositoire, Lax-A Day)🞎 Anti-Diarrhée (Immodium)🞎 Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |

J’autorise le personnel certifié à intervenir en cas d’accident et à diriger le participant vers les soins appropriés : 🞎 Oui 🞎 Non

En cas de problème majeur (AVC ou autres), le personnel certifié utilisera le défibrillateur afin de réanimer le participant à moins d’un avis écrit contraire remis par la personne responsable. **Une feuille d’autorisation médicale de la part du médecin est obligatoire.**

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

Personne responsable Date



**AUTORISATIONS 2023-2024**

***AUTORISATION DE DÉPLACEMENT***

J’autorise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nom du participant) à effectuer des déplacements occasionnellement pour des sorties extérieures de groupe dans un véhicule du personnel de La Maison Maguire et dont l’assurance est en vigueur.

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

Signature de la personne responsable

***AUTORISATION DE DROIT DE PHOTOS***

À La Maison Maguire, il est de pratique courante de prendre des photos lors des activités ou des sorties.

Ces photos pourraient être diffusées par courriel, sur le site web et la page Facebook de la Maison Maguire, dans les documents administratifs, lors d’expositions photos, lors d’une campagne de financement ou de toute autre activité relative à l’établissement.

J’autorise La Maison Maguire à diffuser les photos sur lesquelles \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom du participant) apparaît comme figurant(e) dans le cadre de l’une ou l’autre des activités ci-haut mentionnées.

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

Signature de la personne responsable

***AUTORISATION AUX ACTIVITÉS NAUTIQUES***

J’autorise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom du participant) à participer aux activités nautiques : pédalo, canot, baignade, kayak et planche à pagaie (paddleboard). Une veste de flottaison lui sera fournie par la Maison Maguire.

Exception (s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Signature de la personne responsable