



la maison
maguire

INSCRIPTION ET AUTORISATIONS

2024-2025



COLLECTE DE DONNÉES 2024-2025 ET
FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE OBLIGATOIRE

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

Nom : _____
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. La personne doit être disponible en tout temps durant le séjour

Nom : _____ Téléphone _____

Nom : _____ Téléphone : _____

NIVEAU DE SOIN (RÉANIMATION OU NON)

Advenant un problème de santé majeur (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**

Il est très important de remplir cette section :

Nom de l'éducateur/éducatrice spécialisé(ée) : _____

Téléphone : _____

Nom du travailleur/ travailleuse sociale : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin : _____

Téléphone : _____

Nom de la pharmacie : _____

Téléphone : _____

Autres intervenants : _____

Diagnostic médical

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère
<input type="checkbox"/> Trisomie 21	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Déficiences physiques	<input type="checkbox"/> Paralysie <input type="checkbox"/> visuelle <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Hémiplégique <input type="checkbox"/> auditif
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale	<input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur _____ <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Trouble du langage	<input type="checkbox"/> Bégaiement <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Retard de langage <input type="checkbox"/> Autres : _____

FICHE SANTÉ

Diabète	<input type="checkbox"/> Type 1	<input type="checkbox"/> Type 2	<input type="checkbox"/> Non
Prise de glycémie capillaire Si oui, à quelle fréquence ? _____	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Échelle d'insuline	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
	Date de la dernière crise : _____		
	Description : _____ _____		
	Manifestation de la crise : _____ _____		
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui précisez _____	<input type="checkbox"/> Non	
Trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui précisez _____	<input type="checkbox"/> Non	
Trouble urinaire	<input type="checkbox"/> Oui précisez _____	<input type="checkbox"/> Non	
	Ex : Infections urinaires récurrentes		
Vacciné contre le tétanos	<input type="checkbox"/> Oui Quelle année _____	<input type="checkbox"/> Non	
Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui précisez _____	<input type="checkbox"/> Non	

Autres diagnostics :

Le participant a-t-il des allergies? Oui Non

Si oui, précisez les manifestations : _____

Le participant a-t-il besoin d'un Épipen ? Oui Il doit l'avoir en sa possession dès son arrivée

Non

COMPORTEMENTS

Comportement problématique Description du comportement.	
Avant : Comment prévenir la crise du comportement observé. (prévention)	
Pendant : Intervention	
Après : Intervention qui favorise le retour au calme.	

Comportement problématique : Description du comportement.	
Avant : Comment prévenir la crise du comportement observé. (Prévention)	
Pendant : Intervention	
Après : Intervention qui favorise le retour au calme.	

Informations supplémentaires (Irritants, peurs, situation anxiogène, dépendances, TOC, etc.)

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Sexualité (afin de connaître le niveau de surveillance)	<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Non actif
Comportement à caractère sexuel	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui, expliquez :
Événements marquants vécus dans l'année (ex. décès, maladie, hospitalisation, déménagement...)	
Pour me déplacer j'utilise : <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> ceinture de marche <input type="checkbox"/> Autres : _____	

INTÉRÊTS

Ce que j'aime faire	
Ce que je n'aime pas faire	
Activités personnelles	<input type="checkbox"/> Dessin <input type="checkbox"/> Casse-tête <input type="checkbox"/> Cartes <input type="checkbox"/> Jeux de société (énumérer) <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____
Préfère-t-il/elle être :	<input type="checkbox"/> En petit groupe <input type="checkbox"/> En grand groupe <input type="checkbox"/> En solitaire <input type="checkbox"/> Aucune différence

HYGIÈNE

Je me lave	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Quelqu'un doit me laver
Je préfère	<input type="checkbox"/> Bain adapté	<input type="checkbox"/> Douche
Si bain adapté, veuillez choisir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Lève-patient
Je me brosse les dents	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Quelqu'un doit me broser les dents <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Je prends soin de ma prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Quelqu'un doit en prendre soin <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Je porte une culotte d'incontinence	<input type="checkbox"/> En tout temps :	<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Jamais
Je porte une serviette hygiénique	<input type="checkbox"/> En tout temps	<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Jamais
Je porte une prothèse auditive	<input type="checkbox"/> En tout temps	<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Jamais
Élimination	<input type="checkbox"/> Intestinale Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Vésicale Fréquence : _____	
Je m'habille	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Quelqu'un doit m'habiller	
Autres soins ou besoins particuliers	<input type="checkbox"/> Positionnement <input type="checkbox"/> Monter les ridelles <input type="checkbox"/> Autres _____	



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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tyléol, Tempra etc.) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol, etc.) | <input type="checkbox"/> Laxatif (suppositoire, Lax-A Day) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Bénadryl, etc.) | <input type="checkbox"/> Anti-Diarrhée (Immodium) |
| | <input type="checkbox"/> 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

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

Date

AUTORISATION DE DROIT DE PHOTOS ET VIDÉO

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 toutes autres activités relatives 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

Date

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

Date

AIDE-MÉMOIRE POUR LE CONTENU DE LA VALISE

Répit de fin de semaine	Répit d'été et répit de relâche
<input type="checkbox"/> Pyjamas (2)	<input type="checkbox"/> Pyjamas (2)
<input type="checkbox"/> Pantoufle	<input type="checkbox"/> Pantoufle
<input type="checkbox"/> Sous-vêtements (3)	<input type="checkbox"/> Sous-vêtements (4)
<input type="checkbox"/> Bas (3)	<input type="checkbox"/> Bas (4)
<input type="checkbox"/> Chandails manches longues ou manches courtes	<input type="checkbox"/> Chandails manches longues ou manches courtes
<input type="checkbox"/> Pantalon long ou court	<input type="checkbox"/> Pantalon long ou court
<input type="checkbox"/> Soulier/ espadrilles/ sandales	<input type="checkbox"/> Soulier/ espadrilles/ sandales
<input type="checkbox"/> Savon/ Shampoing	<input type="checkbox"/> Savon/Shampoing/
<input type="checkbox"/> Brosse à dents/ Pâte à dents	<input type="checkbox"/> Brosse à dents/ Pâte à dents
<input type="checkbox"/> Doudou/Toutou (si besoin)	<input type="checkbox"/> Doudou/ Toutou (si besoin)
<input type="checkbox"/> Boîte à prothèse (si besoin)	<input type="checkbox"/> Boîte à prothèse (si besoin)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour la barbe	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour la barbe
<input type="checkbox"/> Peigne ou brosse à cheveux	<input type="checkbox"/> Peigne ou brosse à cheveux
<input type="checkbox"/> Déodorant	<input type="checkbox"/> Déodorant
<input type="checkbox"/> Serviette sanitaire ou culotte d'incontinence (si besoin)	<input type="checkbox"/> Serviette sanitaire ou culotte d'incontinence (si besoin)
<input type="checkbox"/> Pantalon d'hiver/ mitaine/ tuque/ foulard	<input type="checkbox"/> Pantalon d'hiver/ mitaine/ tuque/ foulard
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour appareil auditif (si besoin)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour appareil auditif (si besoin)
<input type="checkbox"/> Manteau léger	<input type="checkbox"/> Manteau léger
	<input type="checkbox"/> Maillot de bain
	<input type="checkbox"/> Chapeau/Casquette
	<input type="checkbox"/> Crème solaire/chasse moustique

** Des objets personnels comme Ipad, Switch, des livres et d'autres objets occupationnels similaires peuvent faire partie de la valise (ils doivent être identifiés).

** Les vêtements et les effets personnels doivent être **CLAIREMENT IDENTIFIÉS**.

** Nous vous rappelons que nous ne sommes pas responsables des objets perdus. Il est de votre responsabilité de vérifier le contenu de la valise avant le départ.

** La crème solaire et le chasse-moustique sont **obligatoires**.

** **Les médicaments doivent être en dosette (dispill).**

À noter que le contenu de la valise varie selon les saisons.

Veillez prévoir des vêtements, médicaments, épaisseur à liquide pour la durée complète du séjour en quantité suffisante. Cela nous évitera de faire du lavage (5\$ la brassée) et de faire des achats qui vous seront facturés, ainsi que des frais d'administration et de déplacement, en cas de besoin.