



**Fiche du participant
Association Clair Soleil**

Date : _____
Informations personnelles et confidentielles

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____
 Jour mois année

Féminin Masculin

Numéro d'assurance maladie : _____ exp. : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Milieu de vie :

Famille d'accueil Famille initiale Autres _____

Nom du tuteurs ou tutrices : 1- _____
et lien de parenté 2- _____

Numéros de téléphone :

Maison : _____

Autres : _____

Urgence : _____

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

Autres informations pertinentes :

Langue parlée :

Français anglais Autres : _____

Type d'incapacité :

Auditivo Intellectuelle Physique Autisme
 visuelle TED* TLP** Santé mentale
 Autres : _____

Nom du handicap ou du syndrome : _____

* Trouble envahissant du développement

** Trouble du langage et de la parole

Noms et coordonnées des intervenants pivotant autour du participant

CSSS : _____

Florès : _____

Bouclier ou autre centre de réadaptation : _____

Médecin de famille : _____

Autre : _____

Autonomie du participant

Types de langage utilisé :

parlé gestuel non verbal outils de communication

Spécifiez : _____

S'exprime-t-il de façon autonome?

Oui Non dans certaines situations

Expliquez: _____

Compréhension :

La personne se fait comprendre facilement difficilement

La personne comprend facilement difficilement

Aide au niveau alimentaire :

Manger Oui Non

Boire Oui Non

Diète spéciale Oui Non

Déplacements

La personne se déplace :

Fauteuil manuel seul avec aide

Fauteuil motorisé seul avec aide

Marchette seul avec aide

Canne seul avec aide

Prothèse seul avec aide

Orthèse seul avec aide

à l'extérieur seul avec aide

à l'intérieur seul avec aide

Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour :

- ses soins personnels aller à la toilette incontinence
- autre : _____

Problèmes de santé particuliers

La personne a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur :

- Oui Non

Si oui, nature des problèmes :

- Diabète Épilepsie Allergie sévère
- Problème respiratoire grave Problème cardiaque
- Autre(s) ou spécifiez les symptômes et les crises : _____

Médications : _____

La personne a-t-elle des comportements à caractère sexuel

- Oui
- Non

Si oui, expliquez: _____

Problème de comportement

La personne a des troubles de comportements :

- oui non

Si oui, nature des troubles :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Agressivité envers elle-même | <input type="radio"/> Opposition occasionnelle |
| <input type="radio"/> Problème de fugue | <input type="radio"/> Agressivité envers les autres |
| <input type="radio"/> Opposition régulière | <input type="radio"/> Autres : _____ |

Détails des comportements particuliers et habitudes spécifiques ainsi que les interventions particulières lors de ces comportements :

Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Rappel des consignes | <input type="radio"/> Aide à l'orientation |
| <input type="radio"/> Aide au transfert (fauteuil) | <input type="radio"/> Stimulation à la participation |
| <input type="radio"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture | |
| <input type="radio"/> Autre(s) : _____ | |

Spécificité : _____

Autorisation

L'Association des personnes handicapées Clair Soleil fait, tout au long de l'année, des photos ou des films d'activités dans lesquels les membres de Clair Soleil figurent. Ce matériel peut être utilisé à des fins publicitaires et promotionnelles telles que brochures, journaux, dépliants ou diffusé à la télévision ou sur Internet.

Cette autorisation du membre et/ou de son tuteur permet à l'Association des personnes handicapées Clair Soleil à se servir des photos ou vidéos de ce membre aux fins énumérées plus haut.

J'accepte

Je refuse

Cette autorisation du membre et/ou de son tuteur permet à l'Association des personnes handicapées Clair Soleil à prendre les véhicules personnels des employés afin de transporter le participant concerné aux activités programmées lorsque l'autobus adapté n'est pas à notre disposition.

J'accepte

Je refuse

Nom du membre : _____

Signature du membre ou du tuteur : _____ Date : _____

