

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

SVP écrire en caractères d'imprimerie (print)

Nom du participant : _____

Il vit avec;			
Père	Parents	Mère	Tuteur
Adresse :		Code postal:	
Téléphone : dom.	travail :	Cellulaire :	
Courriel:			

URGENCE Personnes à contacter en cas d'urgence

1	tél.	Lien :	Français English
2	tél.	Lien :	Français English

Hôpital de suivi régulier : _____

Médication :

Nom	Posologie
Nom	Posologie
Nom	Posologie

Questionnaire rempli par : _____

Langue de communication : Français

Anglais

Père	Mère	Tuteur	Travailleur social
Autre préciser ;			



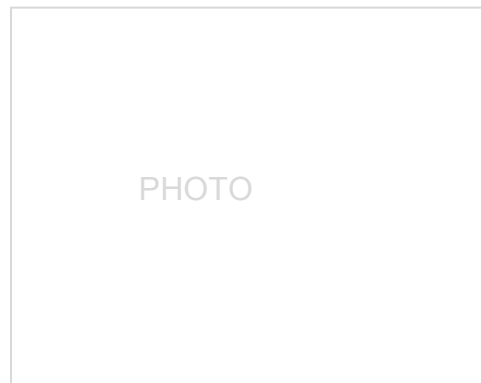
Nom du participant : _____

Date de naissance : _____ anné-mois-jour

Numéro d'assurance maladie : _____ exp.;

Médecin traitant : _____

Diagnostic : _____



Grandeur : _____ Poids : _____ Cheveux : _____ Yeux : _____

Services donnés à la personne inscrite :

Éducatrice :	CRDI :
Enseignant :	
École :	
Travailleur social :	
Transport adapté STM	Voyage seul : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
# Client :	# Carte d'accompagnement :

Le participant :

Est-il épileptique?	OUI	NON
A-t-il des allergies	OUI	NON
Si oui les quelles ?		
Est-il asthmatique ?	OUI	NON
S'essouffle-t-il facilement ?	OUI	NON
A-t-il des crises ou des colères?	OUI	NON
Est-il cardiaque?	OUI	NON
Est-il sujet aux évanouissements?	OUI	NON
A-t-il une intolérance au soleil ?	OUI	NON
Au froid ?	OUI	NON
À la chaleur ?	OUI	NON
Comment réagit-il à la douleur?		

Communication

Mode de communication

Verbal :	Gestuel	Pictogramme	Autres
Problème auditif :			
Problème visuel :			
Autre problème sensoriel :			

Le participant répond à....

Appel de son nom	OUI	NON
Consignes simples	OUI	NON
Pictogramme	OUI	NON

Comment le participant exprime qu'il...

A faim/soif	
A mal	
A peur	
Est content	
Aime une activité	
Veut un objet ou une activité	
N'aime pas une activité	
Veut cesser une activité	
A besoin d'aide	
Est malade	
Est fâché	

Le participant est conscient du danger...

Dans l'eau	OUI	NON
Dans la rue	OUI	NON
Avec les animaux	OUI	NON

COMPORTEMENT

Comportements spécifiques :

Agressivité physique
Agressivité verbal
Automutilation
Fugue
Ingestion de substances
Autres :

Sur le plan de la communication, le participant peut être encouragée, félicitée ou motivée par les moyens suivants... Exemple: jus, biscuits, jouets préférés ou paroles.

Autonomie fonctionnelle

Alimentation

Mange	Seule	A besoin d'aide
Boit	Seule	A besoin d'aide

Nourriture :

Doit être en petits morceaux	Doit être hachée finement	Doit être en purée
Diète à suivre _____		
Ses aliments et repas préférés sont : _____		

Il n'aime pas : _____		

Le participant va à la toilette...

Seul	A besoin d'aide
------	-----------------

Incontinence urinaire

Incontinence fécale

Porte une culotte d'incontinence le jour	Porte une culotte d'incontinence la nuit
--	--

Informations complémentaires :

Orientation et déplacements :

Se déplace	Seul	A besoin d'aide
Conserve son équilibre	Seul	A besoin d'aide
S'oriente	Seul	A besoin d'aide

Habilités et motricité

Le participant est capable de ...

Faire des activités de motricité globale	OUI	NON
Faire des activités de motricité fine	OUI	NON
Faire des activités au niveau cognitif	OUI	NON
Faire des activités libres	OUI	NON
Marche durant plus d'une heure	OUI	NON
Courir ou sauter	OUI	NON

Peut maintenir son attention pendant combien de temps : _____

Comportement dans les périodes de jeux libres : _____

À la piscine, le participant ...

Suit des consignes simples	OUI	NON
Porte une veste de sauvetage	OUI	NON
A peur de l'eau	OUI	NON

