

FICHE D'IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du participant: _____

Adresse _____

Code Postal _____

Téléphone: dom. _____

travail : _____

Cellulaire: _____

Courriel _____

Nationalité	Haïti		Algérie		Canada	
	Chili		Uruguay			
	Chine		Italie			

Date de naissance: _____

Numéro d'ass. maladie: _____

exp. _____

Médecin traitant : _____

Hôpital de suivi régulier _____

Diagnostic	TED		DI		Trisomie	
	Autre		Aucun			

Il vit avec	Parents	Mère	Père	Autres	

Nom personne responsable _____ **Lien** _____

Personnes à contacter

Téléphone: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

Lien: _____

Médication	Nom	_____	Posologie	_____
	Nom	_____	Posologie	_____
	Nom	_____	Posologie	_____
	Nom	_____	Posologie	_____
	Nom	_____	Posologie	_____
	Nom	_____	Posologie	_____

Service donné à la personne inscrite

Éducatrice:
École:
Travailleur social:

Enseignant:
CRDITED :
CLSC:

Transport adapté

N° Usager:	Accompagné:
------------	-------------

Le participant:	OUI	NON
Est-il épileptique		
Est-il asthmatique		
S'essouffle-t-il facilement		
A-t-il des crises ou des colères		
Est-il cardiaque		
Intolérance au soleil		
Peut-il s'évanouir		

Comment réagit-il au froid	
Comment réagit-il à la chaleur	
Comment réagit-il à la douleur?	
A-t-il des allergies (lesquelles?)	
A-t-il des crises ou des colères	

Mode de communication

Verbal :	Gestuel :	Pictogramme:	Autres :
il répond à son nom:		il répond à des consignes simples :	

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	

Conscient du danger

OUI NON

Dans l'eau		
Dans la rue		
Des animaux		

À la piscine, le participant ...

OUI

Suit les consignes		NON
Porte une veste de sauvetage		
A peur de l'eau		

Comportement

OUI NON

Agressivité physique		
Automutilation		
Agressivité verbal		

OUI

Ingestion de substances		NON
Fugue		
Autres		

Le participant peut être encouragé ou motivé par les moyens suivants:

Autonomie fonctionnelle

Mange	Seul		Avec aide	
Boit	Seul		Avec aide	

La nourriture:

OUI NON

Doit être en petits morceaux		
Doit être en purée		
Doit être hachée finement		

Aliment préféré:

Il n'aime pas:

Toilette

Le participant

Va à la toilette	Seul		Besoin aide
Est incontinent	Le jour		La nuit

Informations complémentaires

Se déplace	Seul		Besoin aide
Conserve l'équilibre	Seul		Besoin aide
S'oriente	Seul		Besoin aide

Informations complémentaires

À quelle heure dort-il	
Se lève-il la nuit	

Habiletés et motricité

Le participant est capable de ...	OUI	NON
Faire des activités de motricité globale		
Faire des activités de motricité fine		
Faire des activités au niveau cognitif		
Faire des activités libres		
Marche plus d'une heure		
Courir ou sauter		
Maintenir son attention (expliquez)		

Y a-t-il d'autres informations qui nous seraient utiles dans nos actions ?

Questionnaire rempli par: _____

Signature

Date