

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	
	<i>Autre</i>		<i>Aucun</i>			

Il vit avec	Parents	Mère	Père	Autres

Nom personne responsable : _____ **Lien :** _____

Personnes à contacter

Téléphone: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

Lien: _____

Vaccin Covid-19 une dose : 2 doses :

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

Services donnés 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 ?		
A-t-il une 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 ?
Répond-il à son nom ?		Répond-il 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	

Est-il conscient du danger ?

OUI NON

Dans l'eau		
Dans la rue		
Des animaux		

À la piscine, le participant ...

OUI NON

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

Comportement

	OUI	NON
Agressivité physique		
Automutilation		
Agressivité verbal		

	OUI	NON
Ingestion de substances		
Fugue		
Autres		

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

Autonomie fonctionnelle

Le participant

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		
Aliments préférés :		
Il n'aime pas :		

Toilette

Le participant

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

Informations complémentaires

Le participant

Se déplace	Seul ?		Avec aide ?
Conserve l'équilibre	Seul ?		Avec aide ?
S'oriente	Seul ?		Avec aide ?

Informations complémentaires

À quelle heure s'endort-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		
Marcher 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