

Camp pour adolescents Asperger Été 2010

FICHE D'INSCRIPTION DU PARTICIPANT

Photo
(obligatoire)

| IDENTIFICATION | |
|---|--|
| Nom : | Prénom : |
| Âge : | Date de naissance : |
| Poids : | Grandeur : |
| Couleur des cheveux : | Couleur des yeux : |
| No d'assurance-maladie : | Date d'échéance de la carte : |
| Résidence actuelle de l'utilisateur : Parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____ | |
| Adresse A (famille naturelle) Nom du parent : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Tél.: _____ - _____ | Adresse B (famille d'accueil, foyer, autre) Nom de la famille : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Tél. : _____ - _____ |
| La correspondance doit-elle être envoyée à l'adresse A <input type="checkbox"/> ou B <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> | |
| Quel école ou milieu l'utilisateur fréquente-t-il hebdomadairement : | |
| Personne à qui référer en cas de problème : Lien avec l'utilisateur : _____ Nom : _____ Tél. :() _____ - _____ Poste: _____ | Personne à aviser en cas d'urgence : Lien avec l'utilisateur : _____ Nom : _____ Tél. :() _____ - _____ Poste : _____ |

| FICHE MÉDICALE | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|
| AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ: | Oui | Non | SPÉCIFIEZ |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Eczéma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres : | | | |
| ALLERGIES | Oui | Non | SPÉCIFIEZ |
| À l'aspirine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| À la pénicilline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| À d'autres médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| À des aliments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aux piqûres d'insectes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aux poils d'animaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aux foins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres : | | | |
| Si d'autres renseignements sont pertinents, précisez: | | | |

ASPECTS COMPORTEMENTAUX

Comportements agressifs:

Envers objets : Autrui : Soi-même :

Comment cela s'exprime-t-il?

Interventions à privilégier:

Autres informations:

Mes peurs sont:

Quand j'ai peur, je réagis en :

Autres informations:

Mes hypersensibilités sont :

Informations à privilégier :

Autres informations :

Mes manies sont:

Autres aspects comportementaux à souligner

Protocole d'urgence :

Qui téléphoner : Parents : Famille d'accueil : Éducateur :
Nom : _____ No de téléphone : _
Quand faire appel aux urgences : _____
Quel hôpital : _____

GOÛTS ET INTÉRÊTS

Les activités **physiques** que je préfère sont:

Les activités **manuelles** que je préfère sont:

Les activités **culturelles** que je préfère sont:

Les **sorties** que je préfère sont:

| | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| J'aime bien me promener en automobile: Précisez (comportement) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| J'aime bien me promener en autobus: Précisez (comportement) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Autres activités que j'aime : | | |
| Niveau d'aptitude pour la lecture : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Bonne | | |
| Niveau d'aptitude pour l'écriture : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Bonne | | |

Cochez les semaines auxquelles vous désirez participer :

| Semaines de fréquentation | Marquez vos préférences de 1 à 6* |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 5 au 9 juillet | |
| 12 au 16 juillet | |
| 19 au 23 juillet | |
| 26 au 30 juillet | |
| 2 au 6 août | |
| 9 au 13 août | |

*: le numéro 1 représentant votre premier choix.

Nombre de semaines désirées : _____