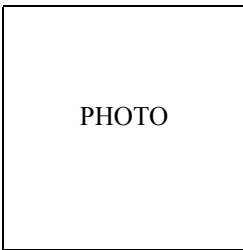


**CLUB DES PASSIONS**  
**Automne 2010-Hiver 2011**

**FICHE D'INSCRIPTION DES PARTICIPANTS**



| IDENTIFICATION  |  |
|---|--|
| Nom :   | Prénom :   |
| Âge :   | Date de naissance :  |
| No d'assurance-maladie :  | Date d'échéance de la carte :  |
| Diagnostic :  |  |
| Résidence actuelle de l'utilisateur : Parent <input type="checkbox"/>   | Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>  |
| Adresse A (famille naturelle)<br>Nom du parent : _____<br>Adresse : _____<br>Ville : _____<br>Code postal : _____ Tél.: _____ - _____           | Adresse B (famille d'accueil, foyer, autre)<br>Nom de la famille : _____<br>Adresse : _____<br>Ville : _____<br>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 :<br>Lien avec l'utilisateur : _____<br>Nom : _____<br>Tél. :( ) _____ - _____ Poste: _____           | Personne à aviser en cas d'urgence :<br>Lien avec l'utilisateur : _____<br>Nom : _____<br>Tél. :( ) _____ - _____ Poste : _____                          |

| FICHE MÉDICALE  |                          |                          |           |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ:</b>              | 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  |                          |                          |           |
| <b>ALLERGIES</b>                                      | 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   |
|---|
| <b>Comportements agressifs:</b><br>Envers objets : <input type="checkbox"/> Autrui : <input type="checkbox"/> Soi-même : <input type="checkbox"/> |
| Dans quelles circonstances:   |
| Comment cela s'exprime-t-il?  |
| Interventions à privilégier:  |
| Autres informations:  |
| <b>Mes peurs sont:</b>  |
| Quand j'ai peur, je réagis en :   |

**ASPECTS COMPORTEMENTAUX (Suite)**

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:

Oui

Non

Précisez (comportement) :

J'aime bien me promener en autobus:

Oui

Non

Précisez (comportement) :

**Autres activités que j'aime :**\_\_\_\_\_  
Signature du participant\_\_\_\_\_  
Date**Autorisations**

J'autorise mon enfant (s'il a moins de 18 ans) à être véhiculé par le personnel du club des passions en cas de sortie.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

J'autorise les moniteurs du Club des passions à échanger de l'information avec l'éducateur spécialisé de mon enfant ou avec son milieu scolaire afin de mieux le desservir.

Signature du parent : \_\_\_\_\_