



# Formulaire d'inscription

MAISON DE RÉPITS/MEMBRES

**Les Amirams de la vallée Inc.**

278 RANG ST-JEAN-BAPTISTE AMQUI (QUÉBEC) G5J 3R7

TÉL : (418) 629-5867. TÉLÉC : (418) 629-5867

[amiramdelavallee@globetrotter.net](mailto:amiramdelavallee@globetrotter.net)

# Table des matières

➤ Fiche d'informations personnelles	<b>Annexe 1</b>
➤ Fiche Santé	<b>Annexe 2</b>
➤ Comportement et Communication	<b>Annexe 3</b>
➤ Fiche alimentaire	<b>Annexe 4</b>
➤ Autonomie et Habitude	<b>Annexe 5</b>
➤ Habiletés motrices et activités	<b>Annexe 6</b>
➤ Autorisation de sortie	<b>Annexe 7</b>
➤ Autorisation de photographie	<b>Annexe 8</b>
➤ Autorisation d'échange de renseignements	<b>Annexe 9</b>
➤ Autorisation de médicament	<b>Annexe 10</b>
➤ Choix de semaine de camp	<b>Annexe 11</b>

# ANNEXE 1

## FICHE INFORMATIONS PERSONNELLES

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Sexe : F / M

Adresse : \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ groupe sanguin : \_\_

Diagnostic de la personne : \_\_\_\_\_

#Dossier : \_\_\_\_\_

### La personne habite avec.....

<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>
<u>Prénom :</u>	<u>Prénom :</u>
<u>Lien avec la personne :</u>	<u>Lien avec la personne :</u>
<u>Adresse :</u>	<u>Adresse :</u>
<u>Tél. (domicile) :</u>	<u>Tél. (domicile) :</u>
<u>Tél. (travail) :</u>	<u>Tél. (travail) :</u>

## ANNEXE 1

**Personne à contacter en cas d'urgence (si parents absents) :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Nom de votre CLSC : \_\_\_\_\_

Tél. de votre CLSC : \_\_\_\_\_

Nom de votre travailleur social : \_\_\_\_\_

Service reçu de quel CRDI : \_\_\_\_\_

Tél. du CRDI : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

**Si la personne utilise le transport adapté, indiquez le numéro de sa carte : \_\_\_\_\_**

Facturer le frais de séjour à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

ANNEXE 2  
FICHE SANTÉ

La personne prend-elle des médicaments : \_\_\_\_\_

Si oui, prend-il facilement ses médicaments et comment?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Remplir l'autorisation de médication à l'annexe 10.

**Souffre-t-elle d'allergies?** \_\_\_\_\_

De quel type : \_\_\_\_\_

Symptôme visible : \_\_\_\_\_

Intervention nécessaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Souffre-t-elle d'épilepsie?:** \_\_\_\_\_

De quel type : \_\_\_\_\_

À quelle fréquence : \_\_\_\_\_

Intervention nécessaire : \_\_\_\_\_

**Est-elle porteur de l'hépatite B? :** \_\_\_\_\_

**Sinon, a-t-elle reçu la vaccination? :** \_\_\_\_\_

**A-t-elle déjà eu la varicelle? :** \_\_\_\_\_

## ANNEXE 3

### COMPORTEMENT ET COMMUNICATION

**La personne communique ...**  verbalement  par signes  par pictogrammes

A-t-elle des troubles de comportements? Si oui, expliquer: \_\_\_\_\_

---

---

A-t-elle des habitudes particulières ou manies qui ne doivent pas être acceptées? Si oui, les quelles : \_\_\_\_\_

---

---

Quel(s) comportement (s) adopte-t-elle envers....

Un adulte : \_\_\_\_\_

---

---

Un enfant : \_\_\_\_\_

---

---

Un groupe : \_\_\_\_\_

---

---

Une personne du sexe opposé : \_\_\_\_\_

---

---

### ANNEXE 3

Est-elle éveillée à la sexualité? Si oui, expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment peut-on soupçonner que son état se détériore, qu'elle a de la douleur, un malaise, etc :. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-elle des craintes ou des phobies? Si oui, expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-elle conscient du danger? \_\_\_\_\_

Comment exprime-t-elle ses émotions? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que signifie habituellement ses «pleurs»? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que signifie habituellement ses«rire»? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Attitudes et moyens à prendre en cas de crise. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 4

### FICHE ALIMENTAIRE

La personne a-t-elle une diète spéciale? Si oui, nous la fournir sur papier s.v.p. \_\_\_\_\_

La personne est-elle diabétique? Si oui, quel type : \_\_\_\_\_

A-t-elle des allergies ou des tolérances alimentaires? Si oui, spécifié lequel et quels symptômes qu'il peut y avoir? \_\_\_\_\_

---

---

---

Quels sont ses aliments préférés ? \_\_\_\_\_

---

Les aliments qu'elle n'aime pas manger sont? \_\_\_\_\_

---

**Combien de portion permis à chaque repas ou par jour?**

Soupe/ <b>REPAS</b>	
Assiette principale/ <b>REPAS</b>	
Dessert/ <b>REPAS</b>	
Nombre de café/ <b>JOUR</b>	
Nombre liqueur / <b>JOUR</b>	
Nombre de collation/ <b>JOUR</b>	



## ANNEXE 5

### AUTONOMIE ET HABITUDES

La personne....

<b>REPAS</b>	Oui seul	non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Mange avec ses doigts				
Mange avec une cuillère				
Mange avec une fourchette				
Peut se servir d'un couteau				
Boit au verre				
Boit à la tasse				
Boit à la paille				

Autres précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 5

La personne....

<b>HABILLEMENT</b>	Oui seul	non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
S'habille				
Se déshabille				
Choisit ses vêtements				
Met ses vêtements extérieurs				
Enlève ses vêtements extérieurs				

Reconnait-il ses effets personnelles? \_\_\_\_\_

Autres précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 5

La personne....

<b>SOMMEIL</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Se prépare au coucher				
Se couche l				
Se lève				

Heure du coucher? \_\_\_\_\_

Fait une sieste à : \_\_\_\_\_ Combien de temps? \_\_\_\_\_

Est- ce que la personne se réveille la nuit? \_\_\_\_\_ Si oui, à quel  
heure? \_\_\_\_\_

<b>LAVAGE DE MAIN</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Se lave les mains				
S'essuie les mains				
Avant les repas				
Après aller aux toilettes				

## ANNEXE 5

La personne....

<b>DENTS</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Met sa prothèse dentaire				
Prépare la brosse et la pâte à dent				
Se brosse les dents				
Se rince la bouche				

Combien de fois par jour (déjeuner, dîner, souper, coucher)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 5

La personne....

<b>TOILETTE</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Est propre le jour				
Est propre la nuit				
Se rend à la toilette				
Ferme la porte				
Se déshabille				
S'essuie				
Se rhabille				
Fait partir l'eau				

Porte-t-elle des culottes d'incontinence? \_\_\_\_\_

Routine : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 5

La personne...

<b>BAIN</b> <input type="radio"/>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
<b>DOUCHE</b> <input type="radio"/>				
Se prépare et apporte le nécessaire				
Fait couler son eau et ajuste la température				
Se lave				
Se rince				
S'essuie				
S'habille				

Doit-on demeurer près de lui? \_\_\_\_\_

Autres précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANNEXE 5

La personne...

<b>CHEVEUX</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Se les lavent				
Se les rincent				
Fait sécher avec le séchoir				
Les peignent/brossent				

<b>RASAGE</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Prépare les accessoires				
Se rase				
Applique la lotion après rasage				

## ANNEXE 5

La personne...

<b>MENSTRUATION</b>	Oui seul	Non	Besoin d'aide physique	Besoin d'aide verbale
Peut mettre serviette /tampon				
Peut retirer serviette/tampon				
Se lave				
Sait quand faire se changer				

Combien de fois /jour doit-elle se changer? \_\_\_\_\_

Cycle/durée : \_\_\_\_\_

Autres précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ANNEXE 6

### HABILETÉS MOTRICES ET ACTIVITÉS

GLOBALE	HABILETÉS		
	OUI	NON	Le fait avec aide
Courir			
Sauter			
Grimper			
Tricycle			
Bicyclette			
Jeux équilibre			
Ballon			
Balançoire			

Lors des promenades, la personne a-t-elle besoin qu'on lui tienne constamment la main? \_\_\_\_\_

Particularités : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 6

<b>FINE</b> <input type="radio"/> Gaucher <input type="radio"/> Droitier	<b>HABILETÉ</b>		
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Le fait avec aide</b>
Découper			
Dessiner			
Écrire			
Nintendo ou autres			
Ordinateur			

Particularités : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE 6

Quelles sont ses activités préférées?

---

---

---

---

Quelles sont les activités problématiques? \_\_\_\_\_

---

---

---

**La personne ....**

Aime-t-elle se baigner? \_\_\_\_\_

A-t-elle peur de l'eau? \_\_\_\_\_

Sait-elle nager? \_\_\_\_\_

A-t-elle besoin de gilet de sauvetage? \_\_\_\_\_

## ANNEXE 7

# Autorisation de sortie

20\_\_-20\_\_

**Dans le cadre des activités organisées par les Amirams, Amicamp ou tous autres services offerts :**

J'autorise le membre \_\_\_\_\_  
(nom du membre)

À participer à des sorties de groupe, à pied ou en transport en commun, en compagnie de son accompagnateur

J'autorise aussi les responsables du membre à prendre les mesures qu'ils jugent nécessaires en cas d'urgence (maladie, blessure, etc.)

Signature du répondant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- **Prendre note que cette autorisation sera conservée dans le dossier du membre pour une période d'un an à compter de cette date.**

## ANNEXE 7

# Autorisation de sortie

20\_\_-20\_\_

**Dans le cadre des activités organisées par les Amirams, Amicamp ou tous autres services offerts :**

J'autorise le membre \_\_\_\_\_  
(nom du membre)

À participer à des sorties de groupe, à pied ou en transport en commun, en compagnie de son accompagnateur

J'autorise aussi les responsables du membre à prendre les mesures qu'ils jugent nécessaires en cas d'urgence (maladie, blessure, etc.)

Signature du répondant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- **Prendre note que cette autorisation sera conservée dans le dossier du membre pour une période d'un an à compter de cette date.**

## ANNEXE 9

# Autorisation d'échange de renseignement

20\_\_-20\_\_

Dans le cadre des activités organisées par les Amirams, Amicamp ou tous autres services offerts :

J'autorise les **Amirams de la Vallée Inc.** À demander où divulguer des renseignements confidentiels sur le membre.

\_\_\_\_\_  
(nom du membre)

Avec son intervenant(E).CRDI \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Avec son intervenant(E) CLSC \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Avec le curateur public \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Signature du répondant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prendre note que cette autorisation sera conservée dans le dossier du membre pour une période d'un an à compter de cette date.

➤ ANNEXE 10

➤ **Autorisation de médication**



- Dans le cadre des activités organisées par le camp de jour, maison de répit ou tout autre service offert :



J'autorise les responsables de Monsieur ou Madame : \_\_\_\_\_  
(Nom de la personne)

à donner les médicaments suivants selon la posologie indiquée ci-dessous.

NOM DU (DES) MÉDICAMENT (S)	POSOLOGIE	HEURE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARTICULARITÉS : \_\_\_\_\_

☆☆ prendre note que la dosette est obligatoire si la personne doit prendre des médicaments



➤ Signature du répondant : \_\_\_\_\_



➤ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ➤ Choix de semaines de camp



20\_\_-20\_\_



### ➤ 1<sup>er</sup> choix :

➤ Semaine 1 : dû \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

➤ Semaine 2 : dû \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ➤ 2<sup>er</sup> choix :

➤ Semaine 1 : dû \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

➤ Semaine 2 : dû \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ➤ 3<sup>er</sup> choix :

➤ Semaine 1 : dû \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

➤ Semaine 2 : dû \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

- **-Veuillez prendre note que votre premier choix sera priorisé mais il peut arriver que pour des circonstances incontrôlables, que vous n'avez pas votre choix**
- **Nous vous remercions de votre compréhension.**
- **-P.S. Suite à notre diagnostics on s'est aperçus que certain membre ne peuvent plus êtes 2 semaines consécutives à l'Amicamp. Cause : ennuie, colère, perte d'absence fréquente pour ne nommer que ceux-là. Ils peuvent venir deux semaines mais avec une semaine entre les deux. Merci en leur nom de votre compréhension.**

