



MOUVEMENT ACTION LOISIRS INC.

www.lemali.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

1675, St-Pierre O, St-Hyacinthe, J2T 1P4

infomali@maskatel.net 450-771-6676

Nous respectons votre droit à la vie privée et nous accordons la plus haute importance à sa protection. Les informations divulguées, sont confidentielles et ne pourront être communiquées à une autre personne qu'avec le consentement écrit à des fins spécifiques.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du participant : Date de naissance :
N° d'assurance maladie : Expiration : Âge :
Adresse : Ville :
Code postal : Téléphone maison : Autre :
Sexe : MASCULIN FÉMININ Courriel
N° carte « Accès-Loisirs » : Date d'expiration :
Type de résidence: Famille naturelle Résidence d'accueil Ressource intermédiaire Autre
Nom du père : Nom de la mère :
Nom de la famille d'accueil :
Personne à contacter en cas d'urgence :
Lien : Téléphone :

- Le participant utilise le transport adapté pour venir participer aux activités
 Le participant possède sa vignette d'accompagnement. (endroit)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic Déficience Intellectuelle Léger Moyen Sévère
 Épilepsie contrôlée : Autre Diagnostic d'ordre physique

Limitations physiques Cochez les cases applicables (veuillez spécifier) Auditif..... Visuel

Le participant se déplace : Seul Avec de l'aide Avec une marchette En fauteuil roulant
Peut-il faire de la promenade à pied ?

Est-ce que le participant peut : monter ou descendre un escalier ? Oui Non Précisez :

- Le participant possède des prothèses lesquelles?
 Le participant a des problèmes cardio respiratoires

Trouble du langage et de la parole

Problème de santé mentale

Spécifiez :
.....

Autre

Trouble du spectre de l'autisme

SI OUI COMPLÉTER L'ANNEXE 2

.....

HABITUDES DE VIE

Alimentation

- Le participant a besoin d'aide pour manger ou boire
- Le participant a une diète spéciale Le participant est diabétique
- Allergie alimentaire :** **Il possède son épipène.**.....
- Autre allergie sévère

Soins personnels

- Le participant a besoin d'aide pour s'habiller Spécifiez :
- Le participant a besoin d'aide pour ses besoins personnels Spécifiez :

Communication (langage utilisé)

- Verbal Non verbal Gestuel Pictogrammes

Compréhension

- Le participant se fait comprendre : Facilement Difficilement
- Le participant comprend les consignes Facilement Difficilement
- Le participant sait écrire sait lire
- Afin de nous aider à mieux se comprendre, avez-vous des trucs à partager?

Le participant a des troubles de comportement : (Spécifiez la nature des troubles)

- Agressivité envers lui-même Opposition régulière
- Opposition occasionnelle Impulsivité
- Problème de fugue Hyperactivité
- Agressivité envers les autres

Autres comportements à surveiller (cleptomanie, comportement sexuel etc) :

.....

Particularités ou renseignements utiles au sujet du participant (Ex. phobies, hypersensibilité bruit, anxiété) **Spécifiez**

.....

INTERVENTIONS

Nom d'un référent professionnel pouvant apporter du soutien :

- CRDI Établissement scolaire Autre

Nom : Téléphone : Poste :

Interventions à privilégier lorsqu'il y a anxiété ou désorganisation :

.....

Interventions à ne pas faire pouvant occasionner une crise:

.....

SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE, VEUILLEZ COMPLÉTER L'ANNEXE 1

ACTIVITÉS DE LOISIRS ET INTÉRÊTS

bricolage art coloriage jeux de société casse-tête cinéma danse chants cuisine
 piscine activité physique jeux vidéo sports spécifiez :
Autre Programmation

AUTORISATIONS

Ne prend aucun médicament : Prend des médicaments à la maison

SECTION À COMPLÉTER SI LE MEMBRE PREND DE LA MÉDICATION DURANT LES HEURES D'ACTIVITÉS

*Si le médicament est prescrit par un médecin, il doit être dans son contenant original et prescrit au nom du membre.

Nom(s) du (des) médicament(s) Heure/fréquence :
..... Heure/fréquence :

Au moment de la prise du médicament, le participant : Le prend seul

A besoin d'un rappel : Nous devons lui mettre la médication dans sa main

Notes supplémentaires :

Je(parent/tuteur) de(participant) reconnais avoir remis au Mouvement Action Loisirs Inc. le (s) médicament(s) suivant(s).....et autorise son personnel à administrer le ou les médicaments selon la posologie recommandée et la prise mentionnée à la section précédente.

Je dégage l'organisme de toute responsabilité pouvant découler de l'administration de tel médicament ou de tout effet secondaire ou résultat imprévu dû à l'administration de tel médicament.

Signature du parent/tuteur : Date :

J'autorise également le personnel du Mouvement Action Loisirs Inc. à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence tels que les premiers soins ou le transport à l'hôpital au besoin. J'autorise le médecin en service à l'hôpital de poser les actes médicaux requis. De plus, j'atteste, selon les renseignements médicaux fournis, que la personne membre de l'organisme ci haut mentionnée est apte à participer aux activités offertes par le M.A.L.I.

Signature du parent/tuteur : Date :

Advenant le cas que le participant, doit quitter les activités (blessure, malaise) et que nous sommes dans l'impossibilité de vous rejoindre, nous vous demandons de nous fournir le nom de **deux personnes à contacter en cas d'urgence** autre que vous. (ces numéros seront utilisés seulement s'il y a une urgence)

Personne #1 Téléphone(s) : lien :

Personne #2Téléphone(s) :lien :

J'ai rempli la fiche d'identification et je certifie que les renseignements fournis sont exacts, autant que je sache.

Signature du parent :Date :

Signature du participant (si 14 ans et plus)..... Date :