FORMULAIRE D'INSCRIPTION

MOUVEMENT ACTION LOISIRS INC.

www.lemali.ca

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

direction@lemali.ca 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 …… # usager : ……

☐ 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 prothèse, 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 <u>à ne pas faire</u> pouvant occasionner une crise**:** .....

.....

*******SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE, VEUILLEZ COMPLÉTER <u>L'ANNEXE 1</u>**

ACTIVITÉS DE LOISIRS ET INTÉRÊTS

☐ bricolage ☐ art ☐ coloriage ☐ jeux de société ☐ casse-tête ☐ cinéma ☐ danse ☐ casse-tête ☐ cuisine

☐ piscine ☐ activité physique ☐ jeux vidéo ☐ sports spécifiez : ……

Autre …… Programmation (nommer l'activité)……

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 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 #2 ……Téléphone(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 :……..

AUTORISATION PHOTO/TRANSPORT

Espace réservé au bureau

Reçu le _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom: _____ **Date de naissance** _____
année/mois/jour

Nom du représentant légal autorisé à signer au nom du participant s'il y a lieu.

_____Père__ Mère __ Autre (spécifiez) _____

Lors des activités du Mouvement Action Loisirs Inc, des photos ou extraits vidéo sont parfois pris. Il se peut que le participant nommé ci-haut s'y retrouve. Certaines photos et/ou vidéos peuvent être choisies pour la promotion des activités de l'organisme tels que : page internet ou page facebook de l'organisme, dépliants, vidéos promotionnels, etc. Nous avons besoin de votre autorisation afin d'utiliser ou de publier celles-ci.

ENGAGEMENT DE L'ORGANISME : Le Mouvement Action Loisirs s'engage à ne pas céder à des tiers ces images ou vidéos, ou encore à les exploiter de façon susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne. Toute utilisation sera faite dans le respect des participants.

Notez que les employés ne sont pas autorisés à mettre les photos ou vidéos sur leur page personnelle et/ou à utiliser à des fins personnelles les dites photos ou vidéos.

En tant que participant ou représentant légal du participant nommé ci haut, **J'AUTORISE LE MOUVEMENT ACTION LOISIRS INC** à utiliser et/ou publier des images ou enregistrements où figure le participant, et ce, sans recevoir de compensation financière pour l'utilisation des images ou extrait vidéo.



Signature du parent/tuteur/membre : _____ Date : _____

JE N'AUTORISE PAS LE MOUVEMENT ACTION LOISIRS INC. À PUBLIER AUCUNE PHOTO



Signature du parent/tuteur /membre: _____ Date : _____

Advenant le cas, nous vous demandons d'en aviser le membre afin qu'il ne se sente pas exclu du groupe lorsqu'il y a prise de photos car nous devrons le retirer au moment de la prise de vue.

TRANSPORT POUR LES SORTIES

☐ **AUTORISE** le Mouvement Action Loisirs (MALI) à transporter le participant nommé ci-haut dans les véhicules des animateurs à l'occasion de sorties durant les activités.

☐ **N'AUTORISE PAS** le transport du participant nommé ci-haut.



Signature : _____ Date : _____

La présente autorisation sera valide tant que le participant ou le représentant légal du participant s'il y a lieu n'aura pas envoyé un avis écrit contraire au Mouvement Action Loisirs Inc.