



ASDI

Association de Sherbrooke
pour la déficience intellectuelle inc.

CONFIDENTIEL

Fiche de renseignements détaillés 2012

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Identification d'un répondant :

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code postal : _____
☎ Téléphone maison : _____ Téléphone bureau : _____

☎ En cas d'urgence :

Nom _____ **téléphone** _____

Renseignements supplémentaires :

Lieu de résidence :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chez ses parents | <input type="checkbox"/> En ressource de type familial |
| <input type="checkbox"/> En appartement | <input type="checkbox"/> En résidence communautaire |
| <input type="checkbox"/> Autre précisez : _____ | |

Occupation :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> École régulière | <input type="checkbox"/> École Le Touret |
| <input type="checkbox"/> Stage en milieu de travail | <input type="checkbox"/> SFIS |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour | <input type="checkbox"/> Sans occupation |
| <input type="checkbox"/> Autre précisez : _____ | |

Transport :

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En commun | <input type="checkbox"/> Adapté |
| <input type="checkbox"/> Autre précisez : _____ | |

État de santé

Numéro d'assurance maladie : _____

Date d'expiration : _____

Quel est le diagnostic de la personne ? _____

Nom du travailleur social : _____

Obligatoire : Fournir une attestation de la déficience intellectuelle par un professionnel de la santé.

La personne souffre-t-elle d'une maladie :

diabète épilepsie autres spécifiez : _____
 problèmes cardiaques asthme

Veuillez préciser (ex. : fréquence, durée des crises, signes précurseurs, symptômes, interventions à effectuer...)

La personne prend-elle des médicaments :

oui non

Nom des médicaments : _____ Raison des médicaments :

Le parent ou le responsable doit remettre les médicaments à un membre du personnel de l'ASDI lors d'activités. Il est important d'avoir le contenant avec la posologie originale.

La personne a-t-elle une allergie :

oui non

Précisez : _____

Il est très important d'aviser tout changement de santé ou de médication à un membre du personnel de l'ASDI lors d'activités ou en contactant à nos bureaux.

Intégrité physique :

La personne a-t-elle des handicaps physiques :

port de prothèses fauteuil roulant port de lunettes
 difficultés d'ouïe difficultés de vue port de prothèses auditives
 autres spécifiez : _____

Aptitudes

Aptitudes physiques : Veuillez cocher à l'endroit approprié

	Autonome	Supervision	Dépendant
Marche			
Marche avec orthèses			
Rampe/se traîne			
Manipule de petits objets			

La coordination musculaire est-elle ?

Excellente	Bonne	Passable

Aptitudes de la vie quotidienne :

	Autonome	Supervision	Dépendant
Faire son lit			
Voir à son hygiène personnelle			
Se nourrir			
Choisir ses vêtements			
Aller à la salle de bain			
Manipulation de l'argent			
Utiliser les transports en commun			
Prendre soin de ses effets personnels			
S'habiller			

La personne est-elle

incontinente ?

porte-t-elle des couches ?

mouille-t-elle son lit ?

demande-t-elle des soins particuliers la nuit?

Précisez : _____

A-t-elle besoin d'une supervision constante pour diverses raisons ? (tendance à s'éloigner, à voler etc..)

Précisez : _____

Aptitudes de communication : Langage réceptif :

	Excellent	Bon	Passable
Comprend les conversations			
Suit les directives simples			
Comprend des séries de 2 ou 3 idées			

Langage expressif :

Participe à la conversation			
Exprime ses besoins à l'aide de sons			
Exprime ses besoins à l'aide de gestes			
Exprime ses besoins à l'aide de signes			
Exprime ses besoins à l'aide d'un tableau			

Aptitudes sociales :

	Habituellement	Quelquefois	Rarement
Collabore avec le responsable			
Collabore avec des personnes choisies au sein d'un groupe			
Capacité d'adaptation à des situations nouvelles			
Préfère être seule			
Préfère se tenir avec le personnel, des adultes			
Préfère être en compagnie de ses amis(es)			
Participe aisément dans les petits groupes			
Comportements perturbateurs			

Quelles interventions faites-vous lorsque votre enfant a des comportements inadéquats. Précisez.

La personne a-t-elle des peurs spécifiques qui pourraient se manifester lors des **activités ou des camps répit**¹ ? (exemple : la peur de l'eau, des hauteurs, du noir etc.)

oui non

Précisez : _____

¹ Les médicaments ainsi que la prescription originale pour la posologie des médicaments seront exigés lors d'activités tels que le camp.

La personne a-t-elle des aptitudes particulières en ce qui a trait aux loisirs ? (exemple : talents musicaux, artistiques ou autres) ?

Précisez : _____

S'il vous plaît ajouter tous les renseignements pertinents qui pourraient être utiles au personnel de l'Association.

Autorisations

Cochez (✓) la ou les affirmations qui vous conviennent :

- J'autorise le personnel de l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à divulguer certaines informations sur l'état de santé du participant. Ces informations auront pour but de renseigner le personnel afin de le soutenir dans son rôle d'accompagnateur, et cela pour le bien-être du participant.
- J'autorise le personnel de l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à publier des photos prises ou des vidéos enregistrés lors des activités.
- J'autorise la personne bénévole en charge de l'activité à donner les médicaments selon la posologie originale pour la durée de l'activité.

Signature de l'usager ou de son représentant légal :

Date : _____