



Association des parents et des handicapés  
de la Rive-sud Métropolitaine

**FICHE D'INFORMATION DU MEMBRE**  
**\* OBLIGATOIRE POUR L'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS \***

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Langue Français  Anglais   
Assurance-maladie \_\_\_\_\_ Exp. Masculin  Féminin   
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_  
Adresse courriel \_\_\_\_\_

**PERSONNES RESSOURCES**

Famille Naturelle  Famille d'accueil  Appartement   
Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Lien de parenté \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Nom de l'intervenant \_\_\_\_\_ CISSS  CRDI

**FACTURATION**

Parents  Curateur public  Autre

**TRANSPORT**

adapté/# de client RTL  En commun  parents/famille d'accueil

**OCCUPATION**

Centre de jour  Travail  Atelier

**AUTORISATIONS**

- J'autorise le personnel de l'APHRSM à la prise de photos et/ou vidéos pour faire la promotion de l'organisme par la publication sur le site internet ou tous autres documents relatifs à l'association.
- J'autorise la prise de photos et remise de photos comme échange entre les participants.
- Je reconnais être informé et autorise que la médication et les soins courants soient dispensés par le personnel de l'APHRSM.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
DATE

**SUITE DU FORMULAIRE AU VERSO**



## Association des parents et des handicapés de la Rive-sud Métropolitaine

**MÉDICATION** (Il est important de connaître la médication prise par nos membres, incluant celle non dispensée pendant nos activités. Nous devons être en mesure de fournir ces informations, en cas d'urgence)

Nom du médicament _____	Posologie _____	AM <input type="checkbox"/>	MIDI <input type="checkbox"/>	
Nom du médicament _____	Posologie _____	AM <input type="checkbox"/>	MIDI <input type="checkbox"/>	
Nom du médicament _____	Posologie _____	AM <input type="checkbox"/>	MIDI <input type="checkbox"/>	

**TYPE d'incapacité / Problèmes de santé particuliers**

Intellectuelle: Légère  Modérée  Sévère   
 Autisme  Trouble envahissant du développement   
 Auditive  Visuelle  Problème respiratoire  Allergie  Précisez : \_\_\_\_\_  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**LANGAGE**

**DÉPLACEMENT**

Parlé  Gestuel  Non verbal  Marche seul  Fauteuil roulant  Marchette

**COMPORTEMENT / besoins (cochez ce qui s'applique dans cette section)**

<input type="checkbox"/> Réactions difficile aux changements	<input type="checkbox"/> Changement d'humeur sans raison apparente	<input type="checkbox"/> A des obsessions, des manies Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Doit être rassuré de façon excessive	<input type="checkbox"/> Peut fuguer	<input type="checkbox"/> A des phobies, des peurs spécifiques Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Ne respecte pas la proximité des autres	<input type="checkbox"/> S'automutile	<input type="checkbox"/> Sensibilité au plan sensoriel (visuelles, auditives, tactiles) Spécifiez :
<input type="checkbox"/> N'aime pas la proximité des autres	<input type="checkbox"/> Crie, parle fort	Décrivez son rapport avec la sexualité :
<input type="checkbox"/> Brise ou lance des objets		

Agressivité possible envers :	S'oppose :	Habillage	Alimentation	Hygiène (toilettes)
<input type="checkbox"/> Elle-même	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Sans aide
<input type="checkbox"/> Les étrangers	<input type="checkbox"/> Régulièrement	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Supervision
<input type="checkbox"/> Les autres participants	<input type="checkbox"/> Lorsque contrarié	<input type="checkbox"/> Un peu d'aide	<input type="checkbox"/> Un peu d'aide	<input type="checkbox"/> Accompagnement
<input type="checkbox"/> Les animateurs	<input type="checkbox"/> Lorsque fatigué	<input type="checkbox"/> Beaucoup d'aide	<input type="checkbox"/> Beaucoup d'aide	<input type="checkbox"/> Incontinent (couches)

Informations supplémentaires (intérêts, activités préférées, s'oppose à des activités spécifiques, etc.)

---



---



---