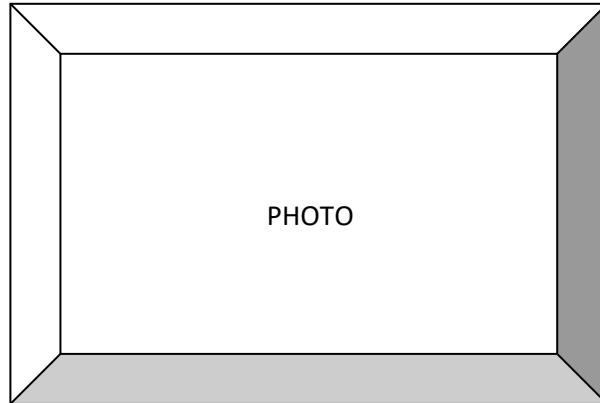


PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

FICHE INSCRIPTION



1-IDENTIFICATION


NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance _____ Age _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Type d'hébergement Famille naturel  Autre  _____

Numéro de tel. Résidence _____ Cellulaire _____

Numéro d'urgence _____
Lien _____ Numéro _____

Nom du parent _____

Adresse _____

Numéro de tél _____

Adresse courriel _____
Parental ou tuteur

Nom du parent _____





Adresse _____

Numéro de tél _____









PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

Adresse courriel _____

Moyen de transport : TA Ouest  TA EST  Famille  Autre _____ 

Facturé : CLSC  Curateur public  Famille  Autre 

2-FICHE MEDICALE

Diagnostique :  auditive  Intellectuelle  Physique
 TSA  Trouble du langage/parole  visuel
 Trouble de santé mentale  multi

Note _____

Allergie OUI _____ NON _____

 Arachide/noix  poisson

Autre _____

Manifestations allergiques _____

Médication (si allergie) _____

Si un participant est reconnu allergique, le système d'auto-injecteur(Épipen) doit être en tout temps sur le participant.

ALLERGIES

Le participant ne peut apporter aucune collation et aucun repas pouvant contenir des noix, des arachides, du poisson ou aliment allergène.

PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

Intolérances

Alimentaire : quel(s) aliment(s)? _____

Manifestations : _____

Médicaments : _____

Note _____

Souffre-t-il de

Diabète : oui non

Épilepsie : oui non

Manifestions lors de la crise _____

Troubles cardiaques oui non

Asthme/trouble respiratoire oui non

Eczéma oui non

Trouble de surdité oui non

Porte-t-il (elle) un appareil auditif oui non

Trouble de la vision oui non

Porte-t-il (elle) des lunettes oui non Autre _____

PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

Médication

Le participant prend-il des médicaments  oui  non



S.V.P bien vouloir indiquer le nom et le dosage des médicaments qui sera pris durant l'activité

Nom _____ dosage _____

Nom _____ dosage _____

Nom _____ dosage _____

Alimentation

Le participant a-t-il une diète spéciale  oui  non

Si oui, spécifiez: _____

Les participants doivent apporter leur repas et collations, breuvage.

Élimination

Intestinale :

Vésicale :

Normale  oui  non

Normale  oui  non

Non,

préciser _____



3-COMPORTEMENT



Le participant a-t-il un intervenant du :  CLSC  CDRI  autre

Nom : _____



Numéro de tél. _____

PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

Autorisation d'échanger des informations  j'accepte  refuse

Risque de fugue  oui  non

Note _____

Agressivité  oui  non

Note _____

Comment intervenir lorsqu'il y a désorganisation

FICHE DE DÉSESCALADE



PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

4-CONSETEMENT/AUTORISATION/SIGNATURE

J'autorise le personnel du PHARS à prendre les mesures appropriées en cas d'urgence afin que soit apportés à la personne, les premiers soins et qu'elle soit transportée à l'hôpital par ambulance

_____ J'ACCEPTE _____ REFUSE

J'accepte que le personnel de PHARS aide à la prise de médicaments appropriés à la personne.

_____ J'ACCEPTE _____ REFUSE

Autorisation d'échanger des informations avec le représentant au dossier du CLSC /CRDP/ CRDI

_____ J'ACCEPTE _____ REFUSE

J'autorise la prise d'une photo instantanée par un représentant de PHARS et l'utilisation de cette photo sera uniquement pour joindre à son dossier. (Aucune publication)

_____ J'ACCEPTE _____ REFUSE

J'ai pris connaissance de l'autorisation médicale, des modalités de paiement et de remboursement

Signature

Date



PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

SIGNATURE:

J'ai lu, compris et j'accepte le contenu du document

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE

SIGNATURE E LA PERSONNE AUTORISÉE

DATE

SIGNATURE DE LA DIRECTION GENERALE

DATE