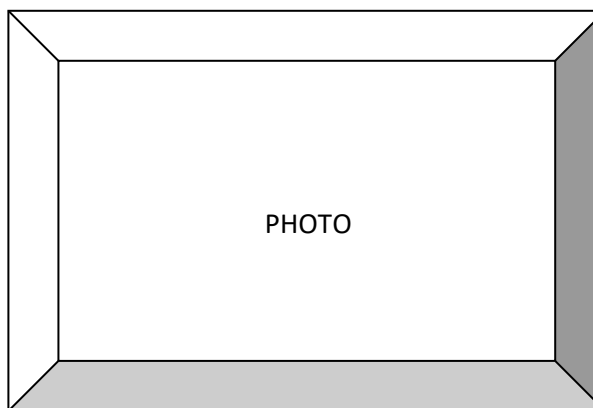


PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

FICHE INSCRIPTION



1-IDENTIFICATION

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance _____ Age _____

Numéro de tel. Résidence _____ Cellulaire _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Adresse courriel _____

Type d'hébergement Famille naturel  Autre  _____




Nom en cas d'urgence _____

Numéro d'urgence _____

Lien _____ Numéro de téléphone _____





Adresse courriel _____

2-Moyen de transport









Moyen de transport : Transport adapté  Famille  Autre  _____

PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

3-Mode de paiement

Facturé : CLSC  Curateur public   Famille  Autre
 Mesure SAPA  mesures TED

4-FICHE MEDICALE

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

Préciser : _____

Allergie OUI _____ NON _____

 Arachide/noix  Poisson  Médicament  Autre

Préciser _____

Manifestations allergiques _____

Médication (s'il y a lieu) _____

Le système d'auto-injecteur(Épipen) doit être en tout temps sur le participant.

ALLERGIES

Collation et repas ne peuvent contenir des noix, des arachides, poisson ou tout aliment allergène.

PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

Intolérances

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

Manifestations : _____

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 _____

Médication

Le participant prend-il des médicaments oui non

Si oui, quel est le niveau d'autonomie pour la prise de médication pour la prise?

Autonome supervision besoin d'aide

PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD


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, préciser: _____

Pour certaines activités : Les participants doivent apporter leur repas, collations, breuvage.

Élimination

Le participant a-t-il besoin d'accompagnement à la salle de toilettes?

Intestinale :

Vésicale :

Normale  oui  non

Normale  oui  non

Préciser : _____



5. Collaboration



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 DÉESCALADE - Fournir une copie

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



PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD

6-CONSENTEMENT/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'ACCEPTÉ _____ REFUSE

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

_____ J'ACCEPTÉ _____ REFUSE

J'autorise l'échange des informations avec le représentant au dossier du CLSC /CRDP/ CRDI/Curateur/
Autre _____

_____ J'ACCEPTÉ _____ 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'ACCEPTÉ _____ REFUSE

J'autorise la direction à faire la demande de remboursement d'activité auprès de l'instance du CISSSS du programme SAPA et du programme TED

_____ J'ACCEPTÉ _____ REFUSE

Nom prénom _____

Numéro de téléphone _____

Courriel _____

J'autorise la direction à faire la demande de remboursement d'activité auprès de la curatelle publique

_____ J'ACCEPTÉ _____ REFUSE

Nom- prénom _____

Titre _____

Numéro de téléphone _____

Courriel _____

Signature

Date