

**Formulaire d'inscription  
Services de relève 2012-2013**

Semaine relâche   
Du 11 au 15 mars 2013

Rendez-vous du samedi   
Voir dépliant ci-joint

***Informations concernant la personne***

- ⊗ Nom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Prénom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Adresse : \_\_\_\_\_
- ⊗ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- ⊗ Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_
- ⊗ Numéro de carte santé : \_\_\_\_\_

***Informations concernant les parents et/ou personne responsable :***

***Parent et/ou personne responsable***

- ⊗ Nom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Prénom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Lien avec la personne : \_\_\_\_\_
- ⊗ Adresse : \_\_\_\_\_
- ⊗ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- ⊗ Téléphone : \_\_\_\_\_

***Autre Parent et/ou personne responsable (si applicable)***

- ⊗ Nom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Prénom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Lien avec la personne : \_\_\_\_\_
- ⊗ Adresse : \_\_\_\_\_
- ⊗ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- ⊗ Téléphone : \_\_\_\_\_

***Personne à joindre en cas d'urgence***

- ⊗ Nom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Prénom : \_\_\_\_\_
- ⊗ Lien avec la personne : \_\_\_\_\_
- ⊗ Adresse : \_\_\_\_\_
- ⊗ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- ⊗ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Informations concernant les particularités chez le participant

---

- Est-ce que la personne a déjà vécu une expérience d'activités de groupe auparavant autre que l'école (activités de loisirs, camp d'été, etc.) ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, pourriez-vous nous parler de cette expérience (types d'activités, fréquence, durée, etc.)

---

---

---

---

---

- Quelles sont ses activités favorites (musique, randonnée, raquettes, etc.)?

---

---

---

---

---

### Habitudes de vie de la personne

	OUI	NON
Habitudes alimentaires (Autonome ou avec assistance) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appétit _____		
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit-elle porter des culottes jetables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle (Autonome ou avec assistance) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Y-a-t-il des éléments, faits ou informations importantes dont nous devrions être avisés concernant la personne ? (ex : problèmes de comportement, stimulus, etc.)

---

---

---

- Le participant sera-t-il en mesure de fonctionner dans un ratio 2/1, c'est-à-dire un conseiller pour deux personnes

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

- La personne a-t-elle tendance à s'éloigner du groupe ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

- Est-ce que la personne doit prendre des médicaments ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez préciser SVP :

Temps/hre	Nom du médicament	Posologie	Contre-indication si connue	Activités/restrictions
Déjeuner				
Dîner				
Souper				
Soirée				
PRN au besoin				

- Le participant a-t-il des problèmes médicaux ou autres que nous devrions connaître ? (Diabète, Épilepsie, Hépatite B, limitations fonctionnelles, maladie de la peau, paralysie cérébrale, etc.)

---



---



---



---



---

- A-t-elle des allergies ou autres (Fièvre des foins, herbe à puce, pénicilline, etc.)

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, spécifier :

---



---



---

- A-t-elle des besoins particuliers et/ou autres aspects auxquels vous aimeriez que nous apportions une attention particulière ?

---



---



---

- Y a-t-il des activités que votre enfant aime davantage accomplir ? Si oui, quelles sont-elles ?

---



---



---



---

---

---

Y a-t-il des activités ou jeux que votre enfant n'apprécie pas ? Si oui, quels sont-ils ?

---

---

---

---

---

- S.V.P., fournir toute autre information que vous jugez pertinente et qui serait à même de nous aider à bien encadrer la personne pour lui permettre de vivre une expérience positive ?

---

---

---

---

---

### 1. Désengagement de responsabilités

En acceptant de participer aux activités de l'Association pour l'intégration sociale d'Ottawa (AISO) dans le cadre de ses services aux enfants et adolescents ayant un trouble envahissant du développement et à leurs familles, je comprends et accepte que l'organisme ne pourra être tenu responsable de tout accident et/ou incident qui pourrait survenir dans le cadre des activités, et ce, que ce soit sur les lieux de l'activité (avant-pendant et après) ou encore lors des déplacements. La personne et/ou ses parents et/ou responsables comprennent aussi que l'AISO ne pourra être tenue responsable pour la perte, le bris ou le vol des effets personnels du participant.

Signature du parent/ personne responsable / personne autorisée :

---

Date : \_\_\_\_\_

*\*Un horaire de participation sera établi en fonction des besoins, intérêts et attentes des participants. Nous communiquerons avec vous la semaine précédant l'activité afin de confirmer votre inscription et de répondre à vos questions.*

*\*\*Voir le dépliant d'informations pour plus amples détails quant aux objectifs et fonctionnement des activités.*

---