

Fiche de renseignements

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Éducateur Titulaire : _____

D'Ass. Maladie : _____ **Exp :** _____

Date de naissance : _____

Personne à contacter en cas de besoin :(1) _____

(2) _____

Téléphone : () _____ **Cell :** () _____

Téléphone : () _____ **Cell :** () _____

Adresse courriel : _____

Portrait du participant :

● **Type de déficience :** _____

● **Problème de santé mental ?** oui non

★ **Si oui, le quel ?** _____

● **Déficience motrice :** oui non

★ **Si oui, expliquez à quel niveau :** _____

Adaptation à un nouveau milieu : **bonne** **moyenne** **faible**

Participation aux activités : **bonne** **moyenne** **faible**

Endurance physique : **bonne** **moyenne** **faible**

Comportement :

Qu'est-ce que les intervenants devraient savoir pour mieux intervenir au près du participant.

Tendance à s'isoler	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>
Agressivité :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>
Tendance à fuguer :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>
Trouble de l'orientation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>
Difficulté de socialisation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>
Automutilation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>

Autonomie et capacité physique du participant

Le participant est-il capable de :

★ Si vous cochez (oui), c'est que la personne est capable de le faire sans supervision. Si elle est capable, mais avec supervision, veuillez cochez (oui) et (avec supervision)

Lire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Écrire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Courir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Manger seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Nager seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
S'habiller seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Se laver seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Se déplacer seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Se lever seul la nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Se coucher seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Aller à la toilette seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Marcher seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Changer serviette sanitaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Attacher ses souliers	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Reconnaître ses choses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>
Gérer son argent personnel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	avec surpervision <input type="checkbox"/>

Communication et alimentation :

Parle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Pictogramme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Langage des signes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Problème d'élocution	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Compréhension	faible <input type="checkbox"/>	moyenne <input type="checkbox"/>	excellente <input type="checkbox"/>
Appétit	peu <input type="checkbox"/>	bon <input type="checkbox"/>	excellent <input type="checkbox"/>
Diète spéciale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

★ si oui, précisez : _____

Allergie alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

★ si oui, précisez : _____

Goûts et intérêts

Habilités

Rapport avec les pairs et intervenants
