



ACCO
LOISIRS

Fiche de renseignements Acco-Loisirs

42D, Rue Turgeon # 4

Ste-Thérèse (Québec) J7E 3H4

Tél : 450-433-5559 fax : 450-433-0453

accoloisirs@videotron.ca

**PHOTO
ICI
S.V.P.**

**NE PAS
COLLER**

Nom : _____

Adresse : _____

VILLE : _____ **Code Postal :** _____

Éducateur Titulaire : _____

d'ass. Maladie : _____ **EXPIRATION :** _____

Date de naissance : _____

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

Téléphone :() _____ **travail :()** _____

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 supervision <input type="checkbox"/>
Écrire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Courir :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Manger seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Nager seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
S'habiller seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Se laver seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Se déplacer seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Se lever seul la nuit :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Se coucher seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Aller au toilette seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Marcher seul :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Changer serviette sanitaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Attacher ses souliers :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Reconnaître ses choses :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>
Gérer son argent personnel	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec supervision <input type="checkbox"/>

Interventions

Comportement	Intervention
Exemple : le participant devient anxieux lorsqu'arrive le temps de partir.	Lui mentionner 15 minutes à l'avance le départ pour l'activité

Médication

Nom du médicament	Posologie	Heure	Effet secondaire possible

Est-il autonome dans la prise de ses médicaments : oui non

Autorisation photo: OUI NON

Autorisation d'envoi par courriel : OUI NON

Fiche de renseignement complété le : (date) _____