|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | | | | **SANTÉ** | | | | |
| Épilepsie ☐ Diabète | | | | |
| Trouble de déglutition | | | | |
| Trouble d’étouffement | | | | |
| Allergie | | | Auto-Injecteur Épipen | |
| Fiche signalétique 2020-2021 | | | | Intolérance Précisez : | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **Informations sur le participant** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom et prénom : | | |  | | | | | | | Groupe : | | Choisissez un élément. | | |
| Diagnostic : | | |  | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance : | | |  | | Numéro d’Assurance Maladie : | | | | | | |  | | |
| Parent ou tuteur : | | |  | | | | | | | Lien : | |  | | |
| Adresse du domicile | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | | | | Code Postal : | | | |  |
| Téléphone : |  | | | | | Téléphone d’urgence (**obligatoire**) : | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personnes autorisées à venir chercher le participant et à contacter en cas d’urgence** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Lien : | | | | | | | Téléphone | | | |
| Nom : | | | | Lien : | | | | | | | Téléphone : | | | |
| Nom : | | | | Lien : | | | | | | | Téléphone : | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Médicaments**  (Il est important de joindre la prescription, et ce, même si le médicament est administré à la maison) | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du médicament | | | | Dose | | | | Posologie | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |
| **Informations sur les intervenants et autres services tel que résidence de répit** | | SRSOR CSSS DPJ Résidence de répit Autre | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | | | Téléphone : | | | | | |
| SRSOR CSSS DPJ  Résidence de répit  Autre | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | | | Téléphone : | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autorisations** | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun médicament ou crème solaire ne sera fourni par l’organisme. Nous avons toutefois besoin de votre autorisation pour administrer l’acétaminophène et appliquer la crème solaire. | | | | | | | | | | | | | | |
| Crème solaire Oui  Non | | | | | | | Acétaminophène  Oui  Non | | | | | | | |
| J’autorise les coordonnatrices de l’association à communiquer avec l’intervenant(te) du participant ci-haut mentionné pour la période 2020-2021.  J’annule l’autorisation de communiquer  J’autorise l’organisme à photographier mon enfant et à utiliser les photos à des fins promotionnelles et suis conscient que celles-ci peuvent se retrouver sur les sites internet et Facebook de l’organisme. | | | | | | | | | | | | | | |

Je confirme que les informations ci-haut sont exactes

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | |  | | | |
| **Les besoins spécifiques du participant** | | | | | | | | | | | |
| Alimentation | | Seul | | | | Avec aide | Vaisselle adaptée | | | | |
| Nourriture | | Normale | | | | Purée | Hachée | | |  | |
| Diète spéciale (Spécifiez) : | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Communication** | | | | | | | | | | | |
| Expression | | Verbale | | | | Image (picto) | Gestuelle | | | | |
| Compréhension | | Verbale | | | | Image (picto) | Gestuelle | | | | |
| Précisez : |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Hygiène** | | | | | | | | | | | |
|  | | Se lave les mains | | | | Seul | Avec aide | | |  | |
|  | | Menstruations | | | | Seule | Avec aide | | |  | |
|  | | S’habille | | | | Seul | Avec aide | | |  | |
|  | | Toilette | | | | Seul | Avec aide | | |  | |
|  | | Incontinence | | | | Oui | Non | |  | | |
|  | | Couches | | | | Oui | Non | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Mobilité** | | | | | | | | | | | |
|  | | Chaise Roulante | | | |  | Autre : | |  | | |
|  | | S’aide lors des transferts | | | | | Oui | | | Non | |
| Précisez comment utiliser la toile : | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Comportement** | | | | | | | | | | | |
|  | | Agressivité | | | | Fugueur | Automutilation | | | |  |
| Réaction à l’autorité : | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Commentaires pertinents relatifs à l’alimentation, la communication, l’hygiène, la mobilité, le comportement, etc. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Habiletés aquatiques** : | | | | | | | | | | | |
| Le participant **doit porter** un vêtement de flottaison individuel à toutes les sorties aquatiques.  Le participant **ne doit pas porter** un vêtement de flottaison individuel à toutes les sorties aquatiques.  N.B. Pour sa sécurité, les responsables de la halte loisir et du camp de jour se réservent le droit d’exiger le port du vêtement de flottaison individuel, en tout temps, à un participant jugé à risque. | | | | | | | | | | | |

**Veuillez noter qu’il est de votre responsabilité de nous aviser dès qu’il y a un changement aux informations contenues dans la fiche signalétique de votre enfant (médication, comportement, etc.).**

Je confirme que les informations ci-haut sont exactes

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