



ASDI

**Association de Sherbrooke
pour la déficience intellectuelle inc.**

FICHE DU MEMBRE

Confidentiel

Identification du membre

Nom				Prénom																									
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin			<input type="checkbox"/> Masculin																									
Adresse																													
Ville						Code postal																							
Téléphone				Cellulaire																									
Courriel																													
Date de naissance	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											Lieu de résidence	<input type="checkbox"/> Chez mes parents <input type="checkbox"/> En ressource de type familial <input type="checkbox"/> En appartement <input type="checkbox"/> Autre : _____		
#ass.maladie	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
Date d'expiration	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				

En cas d'urgence

Nom				Prénom :			
Lien				Téléphone			

Identification du responsable de mon milieu de vie

Non applicable

Nom				Prénom			
Adresse						<input type="checkbox"/> Même adresse	
Ville						Code postal	
Téléphone maison				Cellulaire			
Téléphone travail				Courriel			

Identification de mon représentant légal

Non applicable

<input type="checkbox"/> Curateur public		<input type="checkbox"/> Curateur privé		<input type="checkbox"/> Tuteur public		<input type="checkbox"/> Tuteur privé	
Nom				Prénom			
Adresse						<input type="checkbox"/> Même adresse	
Ville						Code postal	
Téléphone maison				Cellulaire			
Téléphone travail				Courriel			
Lien avec le membre							

Identification de mes proches (réseau de soutien)

 Non applicable

<input type="checkbox"/> Sans contact <input type="checkbox"/> Interdit de contact			
Nom		Prénom	
Lien	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Adresse			<input type="checkbox"/> Même adresse
Ville		Code postal	
Téléphone maison		Cellulaire	
Téléphone travail		Courriel	

<input type="checkbox"/> Sans contact <input type="checkbox"/> Interdit de contact			
Nom		Prénom	
Lien	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Adresse			<input type="checkbox"/> Même adresse
Ville		Code postal	
Téléphone maison		Cellulaire	
Téléphone travail		Courriel	

Identification de mon intervenant

 Non applicable

Nom		Prénom	
Établissement	<input type="checkbox"/> CRDITED <input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> CRE <input type="checkbox"/> Autres : _____		
Téléphone travail		Courriel	

Communiquer les informations à (programme d'activités et autres) :

<input type="checkbox"/> Directement au membre			
Nom		Prénom:	
Lien		Téléphone	

Facturer mes activités à :

<input type="checkbox"/> Directement au membre <input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> Curateur public
<input type="checkbox"/> Curateur privé : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
Numéro de dossier : _____ (s'il y a lieu)

Mon (mes) moyen(s) de transport :

<input type="checkbox"/> En commun <input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Autre : _____

Mon diagnostic médical

Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ * Il est obligatoire de fournir une attestation de la déficience intellectuelle par un professionnel de la santé.
Problématiques associées	<input type="checkbox"/> Asthme ou problème respiratoire <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Dyspraxie (trouble de la coordination des mouvements) <input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Limitation physique : _____ <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> Santé mentale : _____ <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Précisez les manifestations et restrictions	

Ma condition physique

J'ai une vue	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Je suis non-voyante <input type="checkbox"/> Je dois me faire guider <input type="checkbox"/> J'utilise une canne blanche <input type="checkbox"/> Je porte des lunettes <input type="checkbox"/> Autre, précisez : : _____
J'ai un problème d'audition	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je porte un appareil auditif <input type="checkbox"/> Oreille droite <input type="checkbox"/> Oreille gauche
Je me déplace	<input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec une marchette <input type="checkbox"/> Avec une canne <input type="checkbox"/> En fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> En fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Autre, précisez : : _____
Mon endurance (marche sans arrêt)	<input type="checkbox"/> 5 minutes <input type="checkbox"/> 15 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> 60 minutes <input type="checkbox"/> Autres : _____
Je dois porter	<input type="checkbox"/> Orthèse <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Bas support Précisez : _____

Ma médication

 Liste de médicaments remis

Vous devez nous fournir un papier de la pharmacie, nous indiquant les médicaments qui vous sont prescrits. Lors des activités, si vous devez prendre des médicaments, il est important que nous ayons la posologie avec la médication. L'utilisation des DISPILS est fortement recommandée.

Je prends des médicaments	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Seul (sans rappel & sans aide) <input type="checkbox"/> Avec rappel <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> On doit me les administrer
L'heure de ma médication	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Autre: _____

N'oubliez pas de nous aviser de tout changement de santé et de médication.

Mon alimentation

Je mange	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> On me fait manger	<input type="checkbox"/> Gavage
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			
Consistance de ma nourriture	<input type="checkbox"/> Sans particularité	<input type="checkbox"/> Coupé finement	<input type="checkbox"/> En purée	<input type="checkbox"/> Diète spéciale
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			
Mes Intolérance(s) alimentaire(s)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			
	Si oui, le(s)quelle(s) :			
	Manifestations :			

Mes allergie(s) et intolérances(s)

					Mes réactions
Arachides	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Foin	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Gluten	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Latex	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Lactose	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Noix	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Œufs	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Pénicilline	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Piqûre d'insectes	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Poils d'animaux	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Poisson & fruits de mer	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Pollen	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
Autres : _____	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	
** J'utilise un Épipen	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Avec aide		

Mon autonomie

Je me lave	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Avec aide
	<input type="checkbox"/> On doit me laver		
Je me brosse les dents	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Avec aide
	<input type="checkbox"/> On doit me les broser	<input type="checkbox"/> Je porte des prothèses	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de dents
Je m'habille	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Avec aide
	<input type="checkbox"/> On doit m'habiller		
Je porte des culottes d'incontinence	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> Nuit
	<input type="checkbox"/> En tout temps		
Lorsque je vais à la toilette	<input type="checkbox"/> Je suis autonome	<input type="checkbox"/> J'ai besoin de supervision	<input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide
	(ex. rappel)		

Mon autonomie (suite)

Je prends soin de mes effets personnels	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> J'égare souvent mes choses	<input type="checkbox"/> À l'occasion <input type="checkbox"/> Je ne fais pas attention	<input type="checkbox"/> Jamais
Je gère mon argent de poche	<input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Je ne connais pas la valeur	<input type="checkbox"/> À l'occasion <input type="checkbox"/> Je suis capable de calculer	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Je fais mon budget
Je me repère dans un lieu (orientation)	<input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Je me perds facilement	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Difficilement
Je traverse la rue	<input type="checkbox"/> En toute sécurité	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Sans me soucier du danger
Lorsque je me baigne	<input type="checkbox"/> Je n'aime pas ça <input type="checkbox"/> Je nage	<input type="checkbox"/> Je suis craintif <input type="checkbox"/> Je porte une veste	<input type="checkbox"/> Je suis à l'aise
Je monte dans un lit superposé	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Difficilement

Mes aptitudes sociales

J'exprime mes besoins	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> À l'occasion	<input type="checkbox"/> Jamais
Je m'exprime	<input type="checkbox"/> Normalement <input type="checkbox"/> Par gestes	<input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Par écrit <input type="checkbox"/> Autres : _____
Je sais lire	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Je sais écrire	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Ma compréhension est	<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Suffisante	<input type="checkbox"/> Faible
Je comprends les consignes	<input type="checkbox"/> Facilement <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Avec des rappels	<input type="checkbox"/> Difficilement
Je respecte les consignes	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Avec des rappels	<input type="checkbox"/> Rarement
Je suis le groupe	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Avec des rappels	<input type="checkbox"/> Difficilement
Je respecte l'intimité des autres	<input type="checkbox"/> Je suis à une distance convenable des autres	<input type="checkbox"/> On doit me rappeler de m'éloigner des autres	<input type="checkbox"/> Je touche beaucoup aux gens
Lorsque je parle	<input type="checkbox"/> Je fuis le regard <input type="checkbox"/> Je suis très familier	<input type="checkbox"/> Je regarde la personne <input type="checkbox"/> Autres : :	<input type="checkbox"/> Je suis timide
Je gère mes émotions	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide	<input type="checkbox"/> Difficilement
J'ai peur	<input type="checkbox"/> Des hauteurs <input type="checkbox"/> Des animaux <input type="checkbox"/> Autres : :	<input type="checkbox"/> De l'eau <input type="checkbox"/> De tomber	<input type="checkbox"/> Du noir <input type="checkbox"/> Des bruits forts

Mes comportements

Dans les situations nouvelles ou lorsque je suis stressé(e)	<input type="checkbox"/> Je pleure	<input type="checkbox"/> Je m'isole	<input type="checkbox"/> Je suis agressif
	<input type="checkbox"/> Je nomme mes émotions		
	<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Comment on peut m'aider?	<input type="checkbox"/> En me parlant	<input type="checkbox"/> En m'isolant	<input type="checkbox"/> En faisant diversion
	<input type="checkbox"/> Autres : _____		
J'ai tendance à	<input type="checkbox"/> M'opposer	<input type="checkbox"/> M'isoler	<input type="checkbox"/> M'automutiler
	<input type="checkbox"/> Me dévaloriser	<input type="checkbox"/> Pousser-Frapper	<input type="checkbox"/> M'égarer
	<input type="checkbox"/> Fuguer	<input type="checkbox"/> Me masturber	<input type="checkbox"/> Menacer
	<input type="checkbox"/> Briser les objets	<input type="checkbox"/> Tirer les cheveux	<input type="checkbox"/> Voler
	<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Précisez (description des comportements et interventions à préconiser)			

Mes projets de vie

Mes occupations	<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> École aux adultes	<input type="checkbox"/> Atelier de travail
	<input type="checkbox"/> Plateau de travail	<input type="checkbox"/> Stage	<input type="checkbox"/> Emploi rémunéré
	<input type="checkbox"/> Sans occupation	<input type="checkbox"/> Autres : _____	
Ce que j'aime faire	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Artisanat	<input type="checkbox"/> Musique
	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Plein air	<input type="checkbox"/> Activités culturels
	<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Les projets que j'aimerais réaliser			
Les aptitudes que je souhaite développer			

* Pour ceux qui ont un plan d'intervention avec des objectifs en lien avec les activités de l'ASDI, vous pouvez nous joindre une copie (il est important d'avoir l'Autorisation du membre ou de son représentant légal avant de nous fournir ce document)

Autres informations :

Informations supplémentaires	
------------------------------	--

Autorisations du membre ou de son représentant légal

(Veuillez apposer vos initiales pour la ou les affirmations qui vous conviennent)

Initiales :	J'autorise l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à divulguer certaines informations de la fiche du membre à nos intervenants et bénévoles. Ces informations auront pour but de les renseigner afin de les soutenir dans leur rôle d'accompagnement et ce, pour le bien-être du membre. OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS
Initiales :	J'autorise le responsable en charge de l'activité à donner les médicaments selon la posologie originale pour la durée de l'activité à laquelle je participe. * Cette autorisation est obligatoire si je m'inscris à un camp répit ou si j'ai besoin d'aide pour prendre ma médication.
Initiales :	J'autorise l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à utiliser des images lorsque je suis sur des photos de groupe (5 personnes et plus) et à les reproduire et diffuser dans des documents et outils promotionnels ainsi que sur les plateformes Web (site Internet, pages Facebook, publicité Web). Sur les photos de groupe, les membres ne seront pas identifiés.
Initiales :	Je préautorise l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à utiliser des images ou des enregistrements du membre dans des documents et outils promotionnels ainsi que sur les plateformes Web (site Internet, pages Facebook, publicité Web). Une copie de l'image vous sera fournie avant la parution de cette photo.

Signature du membre ou de son représentant légal

* Un représentant légal est une personne **légalement désignée** en vue de représenter et défendre les intérêts d'une autre personne. Un représentant légal doit avoir en sa possession un document certifiant le tout. .

Signature du membre ou de son représentant légal*

Date de la signature

Prénom et nom du signataire (en lettre moulées)

* **Valide pour une durée de 4 ans en date de la signature.**

S.V.P RETOURNEZ LE FORMULAIRE ET L'ATTTESTATION DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE À :



ASDI

Association de Sherbrooke
pour la déficience intellectuelle inc.

2065, rue Belvédère Sud
Sherbrooke, Qc J1H 5R8