



**Fiche du participant  
Association Clair Soleil**

**Date :** \_\_\_\_\_  
**Informations personnelles et confidentielles**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                                  Jour      mois      année

Féminin                       Masculin

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ exp. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Milieu de vie :

Famille d'accueil             Famille initiale             Autres \_\_\_\_\_

Nom du tuteurs ou tutrices : 1- \_\_\_\_\_

et lien de parenté            2- \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Maison : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Urgence : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes :

Langue parlée :

Français                       anglais                       Autres : \_\_\_\_\_

Type d'incapacité :

Auditive                       Intellectuelle                       Physique                       Autisme

visuelle                       TED\*                       TLP\*\*                       Santé mentale

Autres : \_\_\_\_\_

Nom du handicap ou du syndrome : \_\_\_\_\_

\* Trouble envahissant du développement

\*\* Trouble du langage et de la parole

## **Noms et coordonnées des intervenants pivotant autour du participant**

CSSS : \_\_\_\_\_

Florès : \_\_\_\_\_

Bouclier ou autre centre de réadaptation : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

## **Autonomie du participant**

Types de langage utilisé :

parlé       gestuel       non verbal       outils de communication

Spécifiez : \_\_\_\_\_

S'exprime-t-il de façon autonome?

Oui       Non       dans certaines situations

Expliquez: \_\_\_\_\_

Compréhension :

La personne se fait comprendre       facilement       difficilement

La personne comprend       facilement       difficilement

Aide au niveau alimentaire :

Manger       Oui       Non

Boire       Oui       Non

Diète spéciale       Oui       Non

## **Déplacements**

La personne se déplace :

Fauteuil manuel       seul       avec aide

Fauteuil motorisé       seul       avec aide

Marchette       seul       avec aide

Canne       seul       avec aide

Prothèse       seul       avec aide

Orthèse       seul       avec aide

à l'extérieur       seul       avec aide

à l'intérieur       seul       avec aide

## Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour :

- ses soins personnels                       aller à la toilette                       incontinence
- autre : \_\_\_\_\_

## Problèmes de santé particuliers

La personne a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur :

- Oui     Non

Si oui, nature des problèmes :

- Diabète                       Épilepsie                       Allergie sévère
- Problème respiratoire grave     Problème cardiaque
- Autre(s) ou spécifiez les symptômes et les crises : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Médications : \_\_\_\_\_

---

---

## La personne a-t-elle des comportements à caractère sexuel

- Oui
- Non

Si oui, expliquez: \_\_\_\_\_

---

---

---

## Problème de comportement

La personne a des troubles de comportements :

- oui     non

Si oui, nature des troubles :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Agressivité envers elle-même | <input type="radio"/> Opposition occasionnelle      |
| <input type="radio"/> Problème de fugue            | <input type="radio"/> Agressivité envers les autres |
| <input type="radio"/> Opposition régulière         | <input type="radio"/> Autres : _____                |

Détails des comportements particuliers et habitudes spécifiques ainsi que les interventions particulières lors de ces comportements :

---

---

---

---

---

## Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Rappel des consignes   | <input type="radio"/> Aide à l'orientation           |
| <input type="radio"/> Aide au transfert (fauteuil)                                   | <input type="radio"/> Stimulation à la participation |
| <input type="radio"/> Assistance pour aller chercher du matériel ou de la nourriture |  |
| <input type="radio"/> Autre(s) : _____   |  |

Spécificité : \_\_\_\_\_

---

---

---

## **Autorisation**

L'Association des personnes handicapées Clair Soleil fait, tout au long de l'année, des photos ou des films d'activités dans lesquels les membres de Clair Soleil figurent. Ce matériel peut être utilisé à des fins publicitaires et promotionnelles telles que brochures, journaux, dépliants ou diffusé à la télévision ou sur Internet.

Cette autorisation du membre et/ou de son tuteur permet à l'Association des personnes handicapées Clair Soleil à se servir des photos ou vidéos de ce membre aux fins énumérées plus haut.

J'accepte

Je refuse

Cette autorisation du membre et/ou de son tuteur permet à l'Association des personnes handicapées Clair Soleil à prendre les véhicules personnels des employés afin de transporter le participant concerné aux activités programmées lorsque l'autobus adapté n'est pas à notre disposition.

J'accepte

Je refuse

Nom du membre : \_\_\_\_\_

Signature du membre ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

