

Session : Automne Hiver/Printemps Année : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
Nom:	Prénom:
Cellulaire :	Langue(s) parlée(s):
Date de naissance (j/m/a):	École et dernier niveau complété: Classe régulière ou adaptée?
No. Rue :	Appartement :
Ville :	Code postal :
Téléphone résidentiel :	Courriel:
Vous habitez avec : <input type="checkbox"/> Parent(s) <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Colocataire(s) <input type="checkbox"/> Seul	
INFORMATIONS MÉDICALES	
Diagnostic(s) :	
Médicament(s) et posologie :	
Numéro d'assurance maladie :	
Allergie(s) :	<input type="checkbox"/> Epipen <input type="checkbox"/> Allerject
Autres informations médicales (ex :épilepsie, cardiaque etc.) :	
SERVICES SPÉCIALISÉS	
Actuellement : <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> SRSOR <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre(s)	
Si oui, indiquez le nom du/des professionnels, ses fonctions et le n. de téléphone:	
1.	
2.	
INTÉRÊTS	
Activités que j'aime:	
Activités que je n'aime pas:	
Je désire participer au club adulte parce que :	
Pour réaliser des activités en groupe la personne :	
<input checked="" type="checkbox"/> Est complètement autonome	
<input checked="" type="checkbox"/> Besoin d'un peu soutien pour entrer en relation avec les autres (précisez)	
<input checked="" type="checkbox"/> Besoin de beaucoup de soutien pour entrer en relation avec les autres (précisez)	
TRANSPORT(S)	
Parent(s) : <input type="checkbox"/> Transport en commun : <input type="checkbox"/> Transport adapté : <input type="checkbox"/> J'ai ma voiture : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>	
Je suis disponible pour faire du co-voiturage avec d'autres participants : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
URGENCE En cas d'urgence, contactez:	
Nom:	Lien avec le participant:
Numéro de téléphone:	
Autorisation de prise de photos	
J'autorise les intervenants à prendre des photos/video pendant l'activité OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
J'accepte que ces photos soient utilisées pour faire la promotion du club adulte OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Retournez ce formulaire à l'adresse suivante:
Autisme Montérégie, 755 Ste-Foy suite 210, Longueuil, J4J 1Z4
Ou par courriel intervenante1@autismemonteregie.org