



Association du
Syndrome de Down

FICHE DU MEMBRE

Confidentiel

Identification du membre													
Nom					Prénom								
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance	Année			Mois		Jour				
Adresse													
Ville						Code postal							
Téléphone						Cellulaire							
Courriel													
#ass. maladie				Date d'expiration		Année		Mois		Lieu de résidence		<input type="checkbox"/> Chez mes parents <input type="checkbox"/> En appartement	
												<input type="checkbox"/> En ressource de type familial	
										<input type="checkbox"/> Autre :		_____	

En cas d'urgence				
Nom			Prénom	
Lien			Téléphone	

Identification du responsable de mon milieu de vie					<input type="checkbox"/> Non applicable	
Nom				Prénom		
Adresse				<input type="checkbox"/> Même adresse		
Ville				Code postal		
Téléphone maison					Cellulaire	
Téléphone travail		Poste		Courriel		

Identification de mon représentant légal					<input type="checkbox"/> 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		Poste		Courriel		
Lien avec le membre						



Identification de mes proches (réseau de soutien)				<input type="checkbox"/> Non applicable
Nom		Prénom		
Lien	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Sœur	<input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Autres : _____
Adresse	<input type="checkbox"/> Même adresse			
Ville		Code postal		
Téléphone maison		Cellulaire		
Téléphone travail		Poste	Courriel	

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

Identification de mon intervenant				<input type="checkbox"/> 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		Poste	Courriel	

Communiquer les informations à (programme d'activités et autres)			
<input type="checkbox"/> Directement au membre			
Nom		Prénom	
Lien		Téléphone	

Moyen(s) de transport		
<input type="checkbox"/> En commun	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Autre : _____



Diagnostic médical

Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Problématiques associées	<input type="checkbox"/> Asthme ou problème respiratoire <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dyspraxie (trouble de la coordination des mouvements) <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Limitation physique : _____ <input type="checkbox"/> Santé mentale : _____	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> Trouble du langage <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Précisez les manifestations et restrictions		

Condition physique

Qualité de la vision	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Non-voyant(e) <input type="checkbox"/> Guide nécessaire <input type="checkbox"/> Canne blanche nécessaire <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Problème d'audition	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Oreille droite <input type="checkbox"/> Oreille gauche		
Déplacement	<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"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Endurance (marche sans arrêt)	<input type="checkbox"/> 5 minutes <input type="checkbox"/> 15 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> 60 minutes Autre : _____		
Autres informations	<input type="checkbox"/> Orthèse <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/> Bas support	

Médication

Liste de médicaments remise

Prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Seul (sans rappel et sans aide) <input type="checkbox"/> Avec rappel <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Doit être administré		
Heure de la prise de médication	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Coucher <input type="checkbox"/> Autre : _____		



Alimentation

Alimentation					
Je mange	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide		<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Consistance de la 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 : _____		
Allergie(s) et intolérance(s)					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'insecte	<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	
Poissons et 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	
Autre(s) : _____					

* Utilisation d'un Épipen	<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> Avec de l'aide



Autonomie

Habillage	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide
Culotte d'incontinence	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> En tout temps	<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> Nuit
Toilettes	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec supervision (ex. rappel)	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide
Baignade	<input type="checkbox"/> Aime se baigner <input type="checkbox"/> Craintif <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage nécessaire	<input type="checkbox"/> N'aime pas ça	<input type="checkbox"/> Nage bien Autre : _____

Aptitudes sociales

Mode d'expression	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Par gestes	<input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/> Pictogrammes	<input type="checkbox"/> Par écrit <input type="checkbox"/> Autre : _____
Expression des besoins	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> À l'occasion	<input type="checkbox"/> Jamais
Lecture	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Écriture	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Compréhension	<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Suffisante	<input type="checkbox"/> Faible
Gestion des émotions	<input type="checkbox"/> Facilement	<input type="checkbox"/> Difficilement	<input type="checkbox"/> Avec de l'aide

Comportements

Réaction face à une situation nouvelle ou stressante	<input type="checkbox"/> Pleure <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/> Nommer les émotions	<input type="checkbox"/> Agressivité
Tendances comportementales	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Dévalorisation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Briser des objets Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Pousser/Frapper <input type="checkbox"/> Masturbation <input type="checkbox"/> Tirer les cheveux	<input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Se perdre <input type="checkbox"/> Menacer <input type="checkbox"/> Voler
Manière dont un intervenant peut venir en aide	<input type="checkbox"/> Parler	<input type="checkbox"/> Isoler	<input type="checkbox"/> Diversion Autre : _____
Précisions (description des comportements et des interventions à préconiser)			



Autres informations

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	Autre(s) : _____	
Intérêts	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Artisanat/Arts plastiques	<input type="checkbox"/> Musique
	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Plein air	<input type="checkbox"/> Activités culturel
	Autre(s) : _____		

Signature du membre ou de son représentant légal

Signature du membre ou de son représentant légal

Date de la signature

S.V.P. VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE À :

Association du Syndrome de Down
836 rue St-Charles
Sherbrooke, QC, J1H 4Z2



Association du Syndrome de Down
836, rue St-Charles, Sherbrooke (Québec) J1H4Z2
Téléphone : 819-569-8112 / Télécopieur : 819-569-5144

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
MEMBRE	
DATE DU PAIEMENT	EXPIRATION

RENOUVELLEMENT / ADHÉSION

PAIEMENT DE LA COTISATION

<p>PÉRIODE (DURÉE DE 2 ANS)</p> <p><input type="radio"/> 1^{er} avril au 31 mars</p> <p><input type="radio"/> 1^{er} octobre au 30 septembre</p> <p>MODE DE PAIEMENT</p> <p><input type="radio"/> Comptant (<i>ne pas envoyer d'argent comptant par la poste</i>)</p> <p><input type="radio"/> Chèque (<i>à l'ordre de l'Association du Syndrome de Down</i>)</p>	<p>MONTANT PAYÉ</p> <p><input type="radio"/> Cotisation : 25 \$</p> <p><input type="radio"/> J'ajoute un don à ma cotisation :</p> <p><i>Un reçu fiscal sera émis pour les dons de 20\$ et plus (n° de charité 11879 3769 RR 0001)</i></p>
---	---

SECTION DU MEMBRE (PERSONNE SANS DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

IDENTIFICATION

PRÉNOM	NOM								
LANGUES PARLÉES/COMPRISES	SEXE M. Mme	DATE DE NAISSANCE							
		A	A	A	A	M	M	J	J

COORDONNÉES

ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
COURRIEL		



Association du Syndrome de Down
 836, rue St-Charles, Sherbrooke (Québec) J1H4Z2
 Téléphone : 819-569-8112 / Télécopieur : 819-569-5144

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	CELLULAIRE / DOMICILE / TRAVAIL...	<input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> Seulement en cas d'urgence
		<input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> Seulement en cas d'urgence
		<input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> Seulement en cas d'urgence
MOTIFS & INTÉRÊTS <input type="checkbox"/> Contact d'urgence d'un participant <input type="checkbox"/> Suivi du développement d'un participant <input type="checkbox"/> Activités de l'Association <input type="checkbox"/> Camp de jour <input type="checkbox"/> GROUPES D'ENTRAIDE <input type="checkbox"/> Financement de l'association <input type="checkbox"/> Vie associative (AG, comités...) <input type="checkbox"/> Ateliers socio-professionnels <input type="checkbox"/> Bénévolat <input type="checkbox"/> CONFÉRENCES		

RÉSEAU SOCIAL

LIEN DU MEMBRE AVEC LA PERSONNE TRISOMIQUE										
Membre de la famille <input type="checkbox"/> Parent (mère/père) <input type="checkbox"/> Fratrie (frère/sœur) <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Amis et proches de la famille <input type="checkbox"/> Conjoint du parent (préciser) : <input type="checkbox"/> Ami du participant/ami de la famille <input type="checkbox"/> Tuteur/curateur	Autre <input type="checkbox"/> Responsable de RTF <input type="checkbox"/> Intervenant/travailleur social <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :								
PRÉNOM	NOM									
LANGUES PARLÉES/COMPRISES	SEXE Mme M	DATE DE NAISSANCE année/mois/jour <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">J</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			