



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				Lieu de résidence		<input type="checkbox"/> Chez mes parents <input type="checkbox"/> En appartement				
Date d'expiration	Année		Mois			<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"/> Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/> Prothèse	<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"/> Autre : _____			
	<input type="checkbox"/> Avec aide				
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 Autre : _____	<input type="checkbox"/> Isoler	<input type="checkbox"/> Diversion
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 culturelles
	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
Courriel : info@asdet21.org

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
MEMBRE	
DATE DU PAIEMENT	EXPIRATION

RENOUVELLEMENT / ADHÉSION

PAIEMENT DE LA COTISATION

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

SECTION DE LA PERSONNE AYANT LA TRISOMIE 21

IDENTIFICATION

PRÉNOM	NOM				
LANGUES PARLÉES/COMPRISES	SEXE M. Mme	DATE DE NAISSANCE			
ADRESSE					
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL			
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :					



Association du Syndrome de Down
836 rue St-Charles, Sherbrooke (Québec) J1H4Z2
Téléphone : 819-569-8112 / Télécopieur : 819-569-5144
Courriel : info@asdet21.org

SECTION DU PARENT OU DU RESPONSABLE LÉGAL

IDENTIFICATION

PRÉNOM	NOM		
LANGUES PARLÉES/COMPRISES	SEXE M. Mme	DATE DE NAISSANCE A A A A M M J J	
ADRESSE			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
COURRIEL			
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	
MOTIFS & INTÉRÊTS			
<input type="checkbox"/> CONTACT D'URGENCE D'UN PARTICIPANT		<input type="checkbox"/> FINANCEMENT DE L'ASSOCIATION	
<input type="checkbox"/> SUIVI DU DÉVELOPPEMENT D'UN PARTICIPANT		<input type="checkbox"/> VIE ASSOCIATIVE (ASSEMBLÉE GÉNÉRALE, COMITÉS, ETC.)	
<input type="checkbox"/> ACTIVITÉS DE L'ASSOCIATION		<input type="checkbox"/> ATELIERS SOCIOPROFESSIONNELS	
<input type="checkbox"/> CAMP DE JOUR	<input type="checkbox"/> GROUPE D'ENTRAIDE	<input type="checkbox"/> BÉNÉVOLAT	<input type="checkbox"/> CONFÉRENCES

RÉSEAU SOCIAL

LIEN DU MEMBRE AVEC LA PERSONNE TRISOMIQUE		
Membre de la famille	Amis et proches de la famille	Autre
<input type="checkbox"/> Parent (mère/père)	<input type="checkbox"/> Conjoint du parent (préciser) :	<input type="checkbox"/> Responsable de RTF
<input type="checkbox"/> Fratrie (frère/sœur)	<input type="checkbox"/> Ami du participant/ami de la famille	<input type="checkbox"/> Intervenant/travailleur social
<input type="checkbox"/> Grand-parent	<input type="checkbox"/> Tuteur/curateur	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :