



## ADHÉSION / RENOUELEMENT

COTISATION 25\$ PAR ANNÉE, DU 1<sup>E</sup> AVRIL AU 31 MARS (AU PRORATA)

<p>MODE DE PAIEMENT</p> <p><input type="radio"/> Virement Interac à <a href="mailto:info@asdet21.org">info@asdet21.org</a></p> <p><input type="radio"/> Ou par chèque (à l'ordre de l'<b>Association du Syndrome de Down</b>) ou comptant à nos bureaux</p>	<p><input type="radio"/> J'ajoute un don à ma cotisation :</p> <p>Un reçu fiscal sera émis pour les dons de 20\$ et plus (n° de charité 11879 3769 RR 0001)</p>
---	---

## PARTICIPANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

#ASS MALADIE : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_

LANGUES PARLÉES : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

INTERVENANT AU DOSSIER & TÉL + LIEU DE TRAVAIL (CIUSSS, CRDITED) : \_\_\_\_\_

CONSENTEZ-VOUS À CE QUE L'ASSOCIATION PUISSE ÉCHANGER DES INFORMATIONS AVEC CETTE PERSONNE AU BESOIN ?  Oui  Non

Lieu de résidence :

Chez les parents  En appartement  En résidence de type familial  Autre : \_\_\_\_\_

La facturation doit être envoyée à :

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

Lien avec le participant : \_\_\_\_\_

## PERSONNE RESPONSABLE EN CAS D'URGENCE

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

LANGUES PARLÉES : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (NOM & LIEN) : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

LIEN AVEC LE PARTICIPANT : \_\_\_\_\_

## SANTÉ

TYPE DE DÉFICIENCE : \_\_\_\_\_

ALLERGIES OU PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS PRIS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTORISEZ-VOUS L'ASSOCIATION DU SYNDROME DE DOWN À ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS SI NECESSAIRE ?  Oui  Non

INFORMATION QUANT À L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (SI APPLICABLE) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COMMUNICATION

EXPRESSION VERBALE / NIVEAU / AIDE UTILISÉE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXPRESSION NON-VERBALE / NIVEAU / AIDE UTILISÉE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTONOMIE

ACTIVITÉS	AVEC AIDE	SANS AIDE	COMMENTAIRES
HYGIÈNE			
REPAS			
HABILLAGE			
AUTRES			

## LOISIRS

EST-CE QUE LE PARTICIPANT SAIT NAGER ?  Oui  Non

BESON D'UN VFI (VESTE DE FLOTAISON INDIVIDUELLE) ?  Oui  Non

QUALITÉS & FORCES : \_\_\_\_\_

---

---

AUTRES ÉTABLISSEMENTS / ORGANISMES FRÉQUENTÉS ? SI OUI LESQUELS ET LA FRÉQUENCE : \_\_\_\_\_

---

---

---

TENDANCES COMPORTEMENTALES : \_\_\_\_\_

---

---

INTERVENTIONS À PRIVILÉGIÉES : \_\_\_\_\_

---

---

EST-CE QUE LE PARTICIPANT A UN PLAN D'INTERVENTION ?  Oui  Non

ACCEPTEZ-VOUS DE LE PARTAGER ?  Oui  Non

## AUTORISATION

J'autorise le personnel permanent à prendre connaissance de tous les renseignements contenus dans ce formulaire ainsi que de tous autres documents joints à l'appui du présent document (ex : référence médicale). Je certifie que toutes les informations contenues dans ce document sont exactes et justes. Je comprends qu'il s'agit de renseignements utiles afin de mieux connaître les besoins du participant et ainsi être cohérent avec son écosystème.

Nom du responsable \_\_\_\_\_

Signature du membre, du parent ou de la personne responsable

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Consentement pour l'utilisation de photos, d'images et de commentaires

Des photos, images et commentaires pourraient être utilisés pour diverses fins par notre association : site web, communiqués, matériel de promotion interne et externe, reportage médiatique écrit et électronique. Ce formulaire doit être signé par le parent, tuteur ou le membre s'il est autorisé à signer et reste valable jusqu'à sa révocation et/ou départ du membre de l'Association. Je reconnais que les occasions de promotion peuvent survenir à l'Association du Syndrome de Down ainsi qu'à l'extérieur de la communauté.

Nom du responsable \_\_\_\_\_

Signature du membre, du parent ou de la personne responsable

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Autorisation pour administration de la crème solaire

J'autorise les employés de l'Association du Syndrome de Down à appliquer de la crème solaire sur le participant.

Nom du responsable \_\_\_\_\_

Signature du membre, du parent ou de la personne responsable

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Autorisation pour voyage en voiture

J'autorise les employés de l'Association du Syndrome de Down à voyager en voiture le participant lors de sorties à l'extérieur.

Nom du responsable \_\_\_\_\_

Signature du membre, du parent ou de la personne responsable

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_