

PROFIL DU PARTICIPANT

Nom du participant: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____ Age : ____ Grandeur: ____ Poids: ____

Couleur des yeux: _____ Couleur des cheveux: _____

Langue(s) utilisée(s): _____ Verbale Non verbale

IMPORTANT :

VEUILLEZ
ANNEXER UNE
PHOTOGRAPHIE
RÉCENTE ICI.

PHOTO REQUISE
À DES FINS
D'IDENTIFICATIO
..

Le participant reçoit des services du: Centre Miriam CROM Autre : _____

Nom de l'éducateur/du travailleur social: _____

Type de milieu résidentiel: Résidence privée ou appartement : CR (Centre de Readaptation) : RI (Ressource Intermédiaire) : RTF (Ressource de Type Familial) :

Adresse permanente: _____

Numéro de téléphone principal: _____ Relation au participant : _____

Autre numéro : _____ Relation au participant : _____

Adresse de courriel : _____

En cas d'urgence- Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

DIAGNOSTIC : _____

IMPORTANT: Parlez-nous de vous ou du participant – Préférences et aversions, toute information pertinente vous concernant ou concernant le participant que nos animateurs devraient connaître (personnalité, comportement, traits distinctifs physiques, émotionnels, mentaux et intellectuels, etc.). Veuillez joindre un plan comportemental, le cas échéant:

General : _____

Comportement : _____

Strategies : _____

Interests : _____

APTITUDES RELATIVES AU DÉPLACEMENT

Capacité d'utiliser le transport public d'une manière autonome? Oui Non

Connaissance des circuits d'autobus/zones achalandées: _____

Aptitudes à se déplacer en toute sécurité sur la rue? Oui Non

Commentaires: _____

NUMÉRO DE DOSSIER du transport adapté: (s'il y a lieu) _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance-santé: _____ Date d'expiration: _____

Problèmes de santé (veuillez préciser):

1. Problèmes cardiaques 2. Diabète 3. Asthme
4. Problèmes de coagulation
5. Épilepsie
○ Déclencheurs: _____
○ Procédures: _____

Autres: _____

Allergies: _____

- Injecteurs EpiPen: Oui Non

MÉDICAMENTS

Veuillez annexer une liste des médicaments utilisés (pendant et après les heures de participation aux programmes) OU les indiquez ci-dessous: MÉDICAMENTS PRESCRITS AU BESOIN (PRN) MÉDICAMENTS VENDUS SANS ORDONNANCE, VITAMINES, ETC.

Nous devons être informés par écrit de toute modification liée à la prise de médicaments.

Médicament: _____ Dose: _____ Heure: _____

Médicament: _____ Dose: _____ Heure: _____

Pharmacie: _____ Téléphone: _____

Miriam, 5703 Ferrier, Mount Royal, QC H4P 1N3 Leisure Activities - 514.345.8330 x 203

** La marque déposée Miriam est une propriété de la Fondation Miriam et est employée en vertu d'une licence par le Centre de formation et de recherche Abe Gold.*

** The Miriam trademark is owned by the Miriam Foundation and used under license by the Abe Gold Learning and Research Centre.*

Nom du médecin traitant: _____ Téléphone: _____

CONSENTEMENT À LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

Je, le soussigné, autorise Innovation Miriam/Fondation Miriam à utiliser des photographies ou des images numériques du participant prises durant les activités à des fins promotionnelles (p. ex. lettre aux donateurs de la Fondation) Oui Non

Signature : _____ Date: _____

(Veuillez apposer votre signature et préciser votre lien avec le participant [ex. parent, tuteur, gardien, etc.])

Formulaire rempli par : _____ Tel : _____

INFORMATION SUR LE PAIEMENT

Carte de Credit: _____ date d'expiration : _____

(Si vous préférez de nous appeler avec ce numéro, contactez Jasmine Kooner (514-345-1300 x 312) ou Sarah Lhynn Sevilla (514-345-1300 x 411) durant les heures de bureau et que pendant la période d'inscription.

Cheque (au nom du 'Centre Gold')

Interac e-Transfer (envoyé à : accounts@miriamfoundation.ca; Mots de Passe: CentreGold)

Facture demandée

* L'argent comptant ne sera plus accepté ; Si c'est un problème, veuillez contacter Nina Chepurniy.

LISTE DES ACTIVITÉS

ACTIVITÉ	DATE	HEURE	PRIX

TOTAL: _____