

PROFIL DU PARTICIPANT

Nom du participant: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____ Âge : ____

Grandeur: _____ Poids: _____

Couleur des yeux: _____

Couleur des cheveux: _____

Langue(s) utilisée(s): _____ Verbal Non verbal 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 Réadaptation) : RI (Ressource Intermédiaire) : RTF (Ressource de Type Familial) : Adresse permanente:

Numéro de téléphone principal: _____ Relation au participant : _____

Autre numéro : _____ Relation au participant : _____

Adresse courriel : _____

Contact d'urgence : _____ 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:

Général : _____
_____**IMPORTANT :**VEUILLEZ
ANNEXER UNE
PHOTOGRAPHIE
RÉCENTE ICI.PHOTO REQUISE À
DES FINS
D'IDENTIFICATION

Comportement : _____

Stratégies : _____

Intérêts : _____

APTITUDES RELATIVES AU DÉPLACEMENTCapacité 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):

 Problèmes cardiaques Diabète Asthme Problème de coagulation Épilepsie Déclencheurs : _____ Procédures : _____

Autres:

Allergies: Oui Non

○ Injecteurs EpiPen: Oui Non

MÉDICAMENTS

Veuillez annexer une liste des médicaments utilisés (pendant et après les heures de participation aux programmes) OU les indiquer 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: _____

Nom du médecin traitant: _____ Téléphone: _____

CONSENTEMENT À LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

J'autorise Miriam/Fondation Miriam à utiliser des vidéos ou des photographies du participant prises pendant les activités à des fins promotionnelles (rapport donateur, réseaux sociaux).

Oui Non

Signature : _____ Date: _____

Formulaire rempli par : _____

Lien avec le participant : _____

LISTE DES ACTIVITÉS SOUHAITÉES

ACTIVITÉ	JOUR DE LA SEMAINE	HEURE