

Fiche de renseignements



2025 - 2026

IDENTIFICATION

Membre

1- Nom: _____

2- Adresse: _____
Ville Province Code postal

3- Téléphone: _____ 4- Cellulaire: _____

5- Date de naissance: _____ 6- Diagnostic: _____

7- Grandeur: _____ 8- Poids: _____

9- Numéro d'assurance maladie: _____ 10- Numéro carte hôpital: _____

11- Le membre porte: Lunettes Appareil auditif Orthèse Autre: _____

12- Intervenant au dossier?: Oui* Non *Quel est son nom? _____

13- A-t-il une fiche alimentaire?: Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir une copie récente.**

14- A-t-il une fiche de désescalade?: Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir une copie récente.**

Répondant

1- Rôle du répondant? Parent Responsable RI Responsable RAC
Fratrie Responsable RTF Autre? _____

2- Nom: _____

3- Adresse: _____
Ville Province Code postal

4- Téléphone: _____ 5- Cellulaire: _____

6- Courriel: _____

Urgence

1- Nom: _____ Téléphone: _____

2- Nom: _____ Téléphone: _____

SANTÉ / MÉDICATION

1- Le membre a-t-il un problème de santé? Oui* Non ***Si oui, lequel/lesquels? (SVP cocher ci-bas)**

Allergies Le membre a-t-il une Épipen? Oui* Non ***Si oui, veuillez nous la fournir.**
Le membre est allergique à/aux: _____

Diabète Le membre a-t-il une insuline? Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir le protocole.**

Diète spéciale Spécifier: _____

Épilepsie Le membre a-t-il un Diastat? Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir le protocole.**

Maladie cardiaque Spécifier: _____

Maladie respiratoire Spécifier: _____

2- Autre(s) information(s) importante(s) à propos de la santé du membre que nous devrions savoir:

3- Le membre a-t-il une médication? Oui* Non ***Si oui, veuillez coller l'étampe de votre dispill.**

COLLER L'ÉTAMPE DE VOTRE DISPILL ICI!

Une copie de votre profil pharmaceutique pourrait vous être demandé.

Si vous avez rempli la fiche de niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire du CISSSCA, veuillez SVP nous la fournir.

HABITUDES DE VIE

1- Le membre a besoin d'aide pour:

Boire

Manger

S'habiller

N/A

2- Le membre se déplace à l'aide d'un/d'une:

Fauteuil roulant

Déambulateur

Canne

N/A

3- Salle de bain:

Transfert

Incontinence

N/A

Autre? _____

4- Langage utilisé:

Verbal

Non verbal

Gestuel

Appareil de communication

5- Comprend:

Facilement

Difficilement

À l'aide de pictogrammes ou d'un système visuel

6- Se fait comprendre:

Facilement

Difficilement

À l'aide de pictogrammes ou d'un système visuel

7- Autres particularités:

Impulsivité

Opposition

TDA/H

Risque de fugue

Agressivité avec lui-même

Agressivité envers les autres

Autre: _____

N/A

8- Loisirs, jeux et préférences:

--

CODE DE VIE

Considérant que :

- L'AIS Beauce-Sartigan est un organisme communautaire de 1re ligne;
- L'AIS n'offre pas de services spécialisés (comportemental);
- L'AIS ne peut pratiquer de manœuvres de maintien;
- Le personnel de l'AIS est âgé de 14 ans et plus et que bon nombre n'a pas complété sa formation technique;
- Les valeurs de l'AIS sont l'adaptation, l'autonomie, l'intégrité, la proximité, le respect et la responsabilité.

En tant que membre de l'AIS, je comprends les énoncés ci-haut mentionnés et je m'engage à :

- Respecter les valeurs de l'AIS;
- Respecter les membres, les familles et le personnel de l'AIS;
- Ne pas utiliser la violence physique ou verbale, à ne pas utiliser toute forme de harcèlement et à ne pas mettre en péril l'intégrité et la sécurité de toute personne fréquentant, travaillant, visitant ou faisant du bénévolat à l'AIS;
- Collaborer avec le personnel de l'AIS si une situation l'exige;
- Faciliter l'arrivée :
 - Laisser dans une bonne disposition mon enfant ou résident au personnel de l'AIS lors d'une activité de l'AIS. Je m'engage donc à rester avec lui et à gérer la situation tant et aussi longtemps que celle-ci le nécessitera;
 - Si mon enfant ou résident utilise un service de transport (adapté, taxibus ou autre) que celui-ci soit dans une bonne disposition avant d'utiliser le service.
 - À rester en présence de mon enfant ou résident tant et aussi longtemps qu'il ne sera pris en charge totalement par le personnel de l'AIS. Je m'engage donc à rester sur place jusqu'à ce que ses choses soient rangées à l'endroit approprié;
- Me déplacer ou trouver une solution de transport dans les meilleurs délais possibles si l'AIS le requiert.

Selon le point 2.3 des règlements généraux de l'AIS, je comprends que tout manquement à l'un de ces critères peut entraîner une suspension et une exclusion des services sans préavis et ce, jusqu'à ce que l'AIS le juge nécessaire.

Signature: _____

Date: _____

AUTORISATIONS

Autorisations

1- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan de communiquer et d'échanger des informations auprès des professionnels/travailleurs de la santé (intervenants au dossier, infirmiers, pharmaciens, etc.)?

Oui Non

2- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan d'utiliser des photos du membre (en tout ou en partie) à des fins de diffusion tels que brochures, revues, journaux, télévision, salle de classe, réseaux sociaux, etc. ?

Oui Non

3- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan et son personnel de prendre les dispositions nécessaires afin que le membre reçoive les soins appropriés en cas de maladie ou d'accident?

Oui Non

4- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan et son personnel d'administrer la médication et de faire tous autres actes médicaux permis par la loi 90?

Oui Non

5- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan et son personnel de transporter votre enfant/résident dans son véhicule ?

Oui Non

Administration

1- Qui s'occupera de la facturation?

Curateur Public

Numéro de dossier? _____

Parent

Courriel: _____

Responsable RI/RTF/RAC

Courriel: _____

2- À quel fréquence désirez-vous recevoir la facturation pour les activités?

Hebdomadaire

Mensuel

En signant ce formulaire, vous acceptez que l'AIS Beauce-Sartigan recueille et traite différents types de renseignements personnels concernant le membre pour le bon fonctionnement de ses activités.

Signature: _____

Date: _____