

**PROFIL DU PARTICIPANT**

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
J M ANNÉE

Grandeur : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Couleur des yeux : \_\_\_\_\_ Couleur des cheveux : \_\_\_\_\_

Langue(s) utilisée(s) : \_\_\_\_\_ Personne verbale :  Personne non verbale :

Le participant reçoit des services du : Centre Miriam :  CROM (CROM = Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal) :

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Nom de l'éducateur/du travailleur social : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Type de milieu résidentiel : Résidence privée ou appartement :  CR :  RI :  RTF :   
*CR = Centre de réadaptation; RI = Ressource intermédiaire; RTF = Ressource de type familial*

Adresse permanente : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone principal (à l'usage de l'animateur) : \_\_\_\_\_ Autre numéro : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Personne avec qui communiquer en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

# ACTIVITÉS DE LOISIRS – HIVER-PRINTEMPS 2022

## Formulaire d'inscription

### 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) :

- Problèmes cardiaques :
- Diabète :
- Asthme :
- Problèmes de coagulation :
- 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) : MÉDICAMENTS PRESCRITS AU BESOIN (PRN) MÉDICAMENTS VENDUS SANS ORDONNANCE, VITAMINES, ETC.**

*Les médicaments pris pendant les heures de participation aux programmes doivent être énumérés séparément, ci-dessous. Ils doivent être placés dans une boîte à dosette clairement étiquetée. Nous devons être informés par écrit de toute modification liée à la prise de médicaments.*

Médicament : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Heure d'administration : \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Heure d'administration : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

# ACTIVITÉS DE LOISIRS – HIVER-PRINTEMPS 2022

## Formulaire d'inscription

### **CONSENTEMENT À LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES :**

Je, le soussigné, autorise Intervention 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 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### **INFORMATION SUR LE PAIEMENT :**

Montant : \_\_\_\_\_ \$ Chèque (à l'ordre du Centre Gold)  Espèces

À USAGE INTERNE SEULEMENT : Reçu le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Paiement \_\_\_\_\_

# ACTIVITÉS DE LOISIRS – HIVER-PRINTEMPS 2022

Formulaire d'inscription

## LISTE DES ACTIVITÉS

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

ACTIVITÉ	DATE	HEURE	PRIX

**TOTAL :** \_\_\_\_\_

**PARTICIPANT PROFILE**

Participant's name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
D M YEAR

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Eye color: \_\_\_\_\_ Hair color: \_\_\_\_\_

Language(s) used: \_\_\_\_\_ Verbal:  Non-verbal:

Receiving services from: Miriam H&S:  CROM:  Other (please specify): \_\_\_\_\_

Name of Educator/Social Worker: \_\_\_\_\_ Tel no.: \_\_\_\_\_

Type of residential setting: Private Home or Apt.:  R.C.:  R.I.:  R.T.F.:

Permanent address: \_\_\_\_\_

Primary phone number (for animators' use): \_\_\_\_\_ Secondary phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Emergency contact person: \_\_\_\_\_ Tel. no.: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT:**

PLEASE ATTACH A  
RECENT  
PHOTOGRAPH  
HERE

**REQUIRED FOR ID**

**DIAGNOSIS:** \_\_\_\_\_

**IMPORTANT:** Tell us about the participant/yourself – likes and dislikes, any pertinent information our animators should know regarding personality, behavior, distinguishing physical, emotional, mental, and intellectual traits, etc. Please, attach behaviour, plan if applicable.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRANSPORTATION ABILITIES:**

Able to use public transit independently? Yes  No

Familiar bus routes/frequented areas: \_\_\_\_\_

Street safety skills? Yes  No  Comment: \_\_\_\_\_

Transport Adapté FILE NUMBER: (if applicable) \_\_\_\_\_

# LEISURE ACTIVITIES - WINTER-SPRING 2022

Registration Form

## MEDICAL INFORMATION:

Medicare no.: \_\_\_\_\_ Expiry Date: \_\_\_\_\_

### Health problems (specify):

- Cardiac Problems:
- Diabetes:
- Asthma:
- Coagulation Problems:
- Epilepsy: 
  - Triggers: \_\_\_\_\_
  - Procedures: \_\_\_\_\_
- Other:  \_\_\_\_\_
- Allergies: \_\_\_\_\_
  - Epi-Pen: Yes  No

## MEDICATIONS: Please attach a list of all medications used

During or outside of program hours: PRN, MEDICATION SOLD OVER THE COUNTER, VITAMINS, ETC.

*Medication taken during program hours must be listed separately, below, and sent in a clearly labelled dosette box. We must have written notification of any medication changes when they occur:*

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Time given: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Time given: \_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Tel. No.: \_\_\_\_\_

Name of treating physician: \_\_\_\_\_ Tel. No.: \_\_\_\_\_

## CONSENT TO RELEASE OF PHOTOS:

I, the undersigned, authorize the Miriam Intervention/Miriam Foundation to use photographs/digital images of the participant taken during activities for promotional purposes such as letters to Foundation donors: Yes  No

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

(Please sign and indicate relationship to participant, i.e.,: parent, tutor, guardian, etc. )

Form completed by \_\_\_\_\_ Tel. No.: \_\_\_\_\_

## PAYMENT INFORMATION:

Payment amount: \$ \_\_\_\_\_  Cheque (payable to **Gold Centre**)  Cash

OFFICE USE ONLY: Received \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Payment \_\_\_\_\_

# LEISURE ACTIVITIES - WINTER-SPRING 2022

Registration Form

## LIST OF ACTIVITIES

Name: \_\_\_\_\_

ACTIVITY	DATE	TIME	COST

**TOTAL COST:** \_\_\_\_\_