

ACTIVITÉS DE LOISIRS DU CENTRE GOLD

Automne 2018

Profil du participant

Activité : _____

Nom du participant : _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____
 jour mois année

Taille : _____ Poids : _____ Yeux : _____ Cheveux : _____

Langue utilisée : _____ Verbal : Non-verbal :

Recevant des services du : Centre Miriam CROM Autres (préciser svp) _____

Nom de l'éducateur / du travailleur social : _____ Numéro de téléphone : _____

Type de résidence : Maison ou appartement privé R.C. R.I. R.T.F.

Adresse permanente : _____

Numéro de téléphone principal : _____ Numéro de téléphone secondaire: _____

Courriel : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Numéro de téléphone : _____

2e personne à contacter en cas d'urgence : _____ Numéro de téléphone : _____

Diagnostic : _____

IMPORTANT : Veuillez fournir toute information pertinente à nos animateurs à propos du participant/vous-même : trait de caractère, comportement, condition physique, émotionnelle, mental et intellectuelle, goûts et dégoûts, etc. S'il vous plaît, joindre un plan de comportement, le cas échéant.

Capacités de transport : Peut-il utiliser le transport public tout seul ? Oui Non

Itinéraires d'autobus familiers / zones fréquentées :

Notions de sécurité ? Oui Non Commentaires : _____

Numéro de transport adapté (le cas échéant) _____



ACTIVITÉS DE LOISIRS – AUTONME 2018

Information médicale :

Numéro de carte d'assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Problèmes de santé (préciser) :

- Problèmes cardiaques
 - Asthme
 - Diabète
 - Problèmes de coagulation
 - Allergies _____ Epi-Pen: Oui Non:
 - Épilepsie Déclencheur (s) : _____
- Procédures : _____

Autres : _____

JOINDRE UNE LISTE DE TOUS LES MÉDICAMENTS : AVEC ET SANS ORDONNANCE, VITAMINES, ETC.

La médication prise pendant les heures du programme doit être inscrite séparément, ci-dessous et acheminée dans une boîte Dossett. Nous devons être avisés de tout changement de médicament par écrit.

Médicament : _____ Dosage : _____ Heure : _____

Médicament : _____ Dosage : _____ Heure : _____

Pharmacie : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____ Numéro de téléphone : _____

Consentement pour la prise de photos

Je, soussigné, autorise le centre Gold / la fondation Miriam à utiliser les photos et les images numériques du participant prises au cours des activités à des fins de promotion telles que les lettres aux donateurs de la fondation. Oui Non

_____ Date : _____

(Veuillez signer et indiquer le lien de parenté avec le participant – parent, tuteur, représentant, etc)

Formulaire complété par : _____ Téléphone : _____

Information sur le paiement

Montant du paiement : _____ \$

Chèque (payable au Centre Gold)

Comptant