



625, rue Lechasseur, Beloeil QC J3G 2L3
450 467.8644 | avrdi@videotron.ca | avrdi.org

Renseignements sur le membre

Prénom: _____

Nom de famille: _____

Demeure chez : Milieu naturel Famille d'accueil Appartement supervisé
Autre Spécifiez: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Code postal: _____

Date naissance: _____

Numéro d'assurance-maladie: _____

Numéro dossier solidarité sociale pour remboursement transport adapté: _____

Nom du répondant pour les reçus d'impôt: _____

Numéro d'assurance sociale du répondant: _____

1er Responsable: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

2ième Responsable: _____

Lien: _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

Nom éducateur/TS: _____

Téléphone: _____

Besoin d'assistance pour besoins personnels: Précisez: _____

Besoin d'assistance pour hygiène: Précisez: _____

Diagnostic: Schizophrénie Hyperactivité Déficit attention
Bipolarité Emphysème
Déficience Intellectuelle Précisez: _____
Déficience Physique Précisez: _____
TED (autisme) Précisez: _____

Diabète	<input type="checkbox"/>	Précisez:		
Asthme	<input type="checkbox"/>	Pompe en sa possession?	<input type="checkbox"/>	
Trouble obsessionnel	<input type="checkbox"/>	Précisez:		
Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	Précisez:		
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Précisez:		
Trouble langage	<input type="checkbox"/>	Précisez:		
Autre	<input type="checkbox"/>	Précisez:		
Mobilité:	Seul <input type="checkbox"/>	Avec assistance	<input type="checkbox"/>	Avec appareil <input type="checkbox"/>
Allergies:		Epipen en sa possession?	<input type="checkbox"/>	Degrés: _____

Diète spéciale (ou contre indication):

Peut boire café: Oui Non

Peut boire thé: Oui Non

Médication: Seul Avec assistance

Heure prise de médicament: _____

Nom de la pharmacie: _____ **téléphone:** _____

Trouble de comportement: _____

Autorisation relative à l'utilisation de photographies:

Par la présente, j'autorise l'AVRDI à me photographier, à fixer, reproduire et utiliser mon image prise dans le cadre de ses activités à des fins de publication pour l'organisme.

 Signature de la personne responsable ou curateur

Autorisation relative au transport:

Par la présente, j'autorise un membre de l'équipe de travail de l'AVRDI à effectuer le transport de (nom du participant) _____ avec son véhicule personnel dans le cadre d'une activité organisée par l'organisme.

 Signature de la personne responsable ou curateur

Autorisation relative à la divulgation d'information entre intervenants, familles d'accueil et professeurs

Par la présente, j'autorise les intervenants de l'AVRDI à communiquer avec tous les intervenants de (nom du participant) _____ des informations personnelles sur

celui-ci.

Signature de la personne responsable ou curateur

Accord sur les mesures en place de l'AVRDI

L'AVRDI est un organisme désireux d'offrir des services adaptés aux besoins des membres et leur famille et d'offrir des activités de qualité pour divertir. Toutefois, nous avons certaines limites et il est de notre devoir de vous en informer.

Nous sommes soucieux de l'importance accordée à la sécurité et devons respecter les normes sur le nombre d'animateurs pour le nombre de membres présents lors de nos activités de divertissement (pour les vendredis soir et les samedis de septembre à juin inclus). Nous maintenons normalement le ratio d'un (1) animateur pour dix (10) membres lors des activités régulières du vendredi et samedi. Pour le camp de jour ado le ratio est de un (1) animateur pour quatre (4) ados. Cependant, nous demandons que le membre soit minimalement autonome, s'adapte en groupe et ne présente aucun problème pouvant nuire à sa sécurité ainsi qu'à celle des autres. Nous pouvons effectuer une surveillance accrue et faire certaines interventions mineures, toutefois, il n'est pas de notre mandat d'intervenir en cas de crise majeure ou de désorganisation. En cas d'intervention majeure, la consigne est de communiquer avec la personne responsable du membre concerné et ensuite avec les services d'urgence s'il y a lieu. De là l'importance d'**être disponible en tout temps afin de vous rejoindre sans difficulté.**

Nous voulons accueillir tout le monde mais comme nous ne pouvons pas offrir un service individuel nous nous réservons le droit de demander qu'un membre soit accompagné au besoin.

Si votre enfant ou personne à charge présente des signes de désorganisation, fatigue ou ne se sent pas bien, il est préférable de le garder à la maison afin d'éviter de l'exposer à un environnement turbulent qui risque de créer une situation de crise. Il pourra revenir par la suite aux activités dans un moment plus favorable.

Nous vous remercions de votre compréhension et collaboration, nous vous demandons de bien vouloir apposer votre signature au bas de cette page.

J'ai pris connaissance de ce document et de son contenu et en acceptant de le signer démontre mon accord avec les mesures en place de l'AVRDI.

Date:

Signature de la personne responsable ou curateur