



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX SERVICES D'INTÉGRATION TSA

Faire parvenir à l'intention de Mme Julie Lahaye, Directrice d'Intégration TSA

(418) 871-4912 poste 120  
[integrationtsa@gmail.com](mailto:integrationtsa@gmail.com)  
5255, rue Rideau  
Québec G2E 5H5

Je confirme que j'ai lu le guide de fonctionnement avant de compléter la fiche d'inscription.

Signature

Date

***À remplir par le répondant (parent, tuteur légal ou référent) en versio numérique ou en LETTRES MOULÉES à l'encre noire ou bleue et nous retourner le formulaire d'inscription complet ainsi que le formulaire d'autorisation par la poste ou par courriel.***

***Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au répondant, ce qui retardera le traitement de la demande.***

## IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom :	Prénom :
Date de naissance (jj/mm/aaaa):	Âge au moment de la demande :
Adresse :	
Ville :	Arrondissement :
Code postal :	Téléphone :
Courriel :	Cellulaire :
Le candidat a-t-il un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA)?    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>Joindre le rapport d'évaluation des professionnels au formulaire admission.</b>	

Autres diagnostics :

- Déficience intellectuelle : \_\_\_\_\_
- Déficience physique : \_\_\_\_\_
- Santé mentale : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

Est-ce que le candidat demeure à un autre endroit que l'adresse mentionnée ci-haut :

Oui     Non

Si oui, veuillez indiquer les coordonnées : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL

Nom :	Prénom :
Adresse (si différente):	
Code postal :	Téléphone :
Courriel :	Cellulaire :

## IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT (INTERVENANT AU DOSSIER S'IL Y A LIEU)

Nom :	Prénom :
Provenance :	Date de référence :
Téléphone :	Courriel :
Poste téléphonique :	

## SANTÉ GLOBALE

Problématique de santé particulière : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
Allergie ou intolérance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :

## AUTONOMIE FONCTIONNELLE DU CANDIDAT

<b>Va à la toilette</b>		<b>S'habille</b>	
Seul <input type="checkbox"/>	Précisez :	Seul <input type="checkbox"/>	Précisez :
Avec aide <input type="checkbox"/>		Avec aide <input type="checkbox"/>	
<b>Marche</b>		<b>Utilise un fauteuil roulant</b>	
Seul <input type="checkbox"/>	Précisez :	Oui <input type="checkbox"/>	Précisez :
Avec aide <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
<b>Alimentation</b>		Autres conditions particulières ayant un impact sur le fonctionnement général du candidat:	
Seul <input type="checkbox"/>	Précisez (mange rapidement ou lentement) :		
Avec aide <input type="checkbox"/>			

**Ratio de fonctionnement du candidat dans un groupe** (exemple : 1/6 = 1 intervenant pour 6 participants)

1/\_\_\_

Précisez :

## COMPORTEMENT DU CANDIDAT

*Décrivez brièvement le comportement général du candidat.*

En individuel :

En groupe :

### Désorganisation

Fréquence :

Circonstances :

Interventions à privilégier :

Fugue : Oui  Non

Commentaires :

## COMMUNICATION

Lors de son premier contact avec quelqu'un, il est préférable de :

S'exprimer par la parole : Oui  Non

S'exprimer par les gestes/signes : Oui  Non

S'exprimer par des pictogrammes/cahier de communication : Oui  Non

Type d'horaire utilisé par le candidat :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pictogrammes         | <input type="checkbox"/> Horaire à la semaine      |
| <input type="checkbox"/> Mots                 | <input type="checkbox"/> Horaire à la journée      |
| <input type="checkbox"/> Pictogrammes et mots | <input type="checkbox"/> Horaire à la demi-journée |

### ORGANISMES ET PARTENAIRES EN SOUTIEN AUPRÈS DU CANDIDAT

***Cocher tous les organismes qui ont soutenu le candidat dans le passé et présentement.***

CIUSSS       Organismes communautaires       Autisme Québec

Autres :

Commentaires :

Milieu scolaire fréquenté :

Nom de l'enseignant :

Année de fréquentation :

### Expériences de stage antérieures

Quoi	Où	Quand

### Expériences de travail antérieures

Quoi	Où	Quand

## TYPE DE TRANSPORT UTILISÉ POUR SE RENDRE À ITSA

STAC                      RTC – bus de ville                      Autres : \_\_\_\_\_

Si vous avez coché le STAC, la demande est faite :      oui              non

Il utilise déjà les services de la STAC :              oui              non

## FRÉQUENTATION SOUHAITÉE POUR LE CANDIDAT

**Choisissez le nombre de journées PAR SEMAINE auquel vous désirez inscrire le candidat :**

2 journées               3 journées               4 journées

Préférence de journées :  Lundi               Mardi               Mercredi               Jeudi

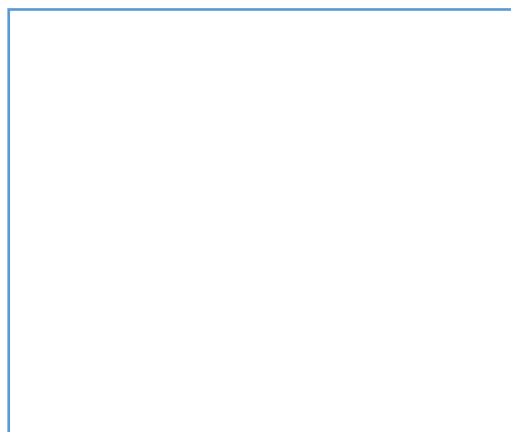
Précisez :

Début souhaité chez ITSA :( *jours-mois-année*)

## SIGNATURES

Signature du candidat (si apte à le faire) <b>x</b>	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du parent ou tuteur légal (obligatoire) <b>x</b>	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du référent (si applicable) <b>X</b>	Date (jj/mm/aaaa)

**Photo du candidat**



## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM ET PRÉNOM DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

RÉPONDANT DU CANDIDAT \_\_\_\_\_

DERNIÈRE ÉCOLE FRÉQUENTÉE : \_\_\_\_\_

Adresse de l'école : \_\_\_\_\_

Coordonnée téléphonique : \_\_\_\_\_

### **Cocher chaque énoncé;**

J'autorise la direction d'ITSA à prendre contact avec les professionnels de l'école mentionnée ci-haut, afin d'avoir accès au dossier d'aide particulière (plan d'intervention, plan de gestion de comportement, etc.) et toutes informations nécessaires au bon fonctionnement du candidat chez ITSA.

Nom de l'enseignant(e): \_\_\_\_\_

J'autorise la direction d'ITSA à aller observer le candidat dans son contexte de classe à l'école mentionnée ci-haut.

J'autorise la direction d'ITSA à prendre contact avec les professionnels du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) pour toutes informations nécessaires au bon fonctionnement du candidat chez ITSA, et ce, **durant tout le parcours de l'adulte à ITSA.**

Nom de l'intervenant au dossier: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

**En vertu de la Loi 65 sur la confidentialité, j'autorise la requête d'Intégration TSA.**

*Signature du parent du candidat ou du représentant légal*

*Date*