

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### EXPLO-TSA

Faire parvenir le formulaire par courriel : [integrationsa@gmail.com](mailto:integrationsa@gmail.com) à l'intention de Mme Julie Lahaye,  
Directrice d'Intégration TSA

***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)? <input type="checkbox"/> Oui	
<b>Joindre le rapport d'évaluation des professionnels au formulaire admission.</b>	
Autres diagnostics :	
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle : _____	
<input type="checkbox"/> Déficience physique : _____	
<input type="checkbox"/> Santé mentale : _____	
<input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

Nom de l'école fréquenté : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire ou nom du programme fréquenté :  FPT  FMS Autre : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL

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

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

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

## SANTÉ GLOBALE

Problématique de santé particulière :

Oui  Non

Si oui, précisez :

Allergie ou intolérance :  Oui  Non

Si oui, précisez :

## AUTONOMIE FONCTIONNELLE DU CANDIDAT

### Va à la toilette

Seul

Précisez :

Avec aide

### S'habille

Seul

Précisez :

Avec aide

### Marche

Seul

Précisez :

Avec aide

### Utilise un fauteuil roulant

Oui

Précisez :

Non

### Alimentation

Seul

Précisez (mange rapidement ou lentement) :

Avec aide

Autres conditions particulières ayant un impact sur le fonctionnement général du candidat :

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

1/___	Précisez :
<b>COMPORTEMENT DU CANDIDAT</b>	
<i>Décrivez brièvement le comportement général du candidat.</i>	
En individuel :	
En groupe :	
<b>Désorganisation</b>	
Fréquence :	
Circonstance :	
Intervention à privilégier :	
Fugue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Commentaires :	
<b>COMMUNICATION</b>	
Lors de son premier contact avec quelqu'un, il est préférable de :	
S'exprimer par la parole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'exprimer par les gestes/signes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'exprimer par des pictogrammes/cahier de communication/IPAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.**

- ÉquiTravail   
  Carrefour jeunesse emploi   
  CIUSSS   
  Organismes communautaires  
 Autisme Québec

Autres :

Commentaires :

### Expérience de stage antérieur

Quoi	Où	Quand

### Expérience de travail antérieur

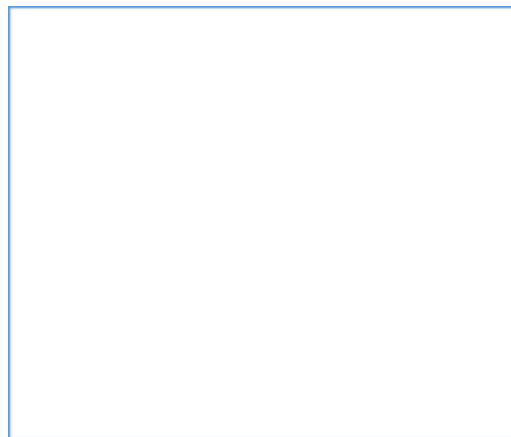
Quoi	Où	Quand

### TYPE DE TRANSPORT UTILISÉ POUR SE RENDRE À ITSA

- STAC   
  RTC – bus de ville   
 Autres : \_\_\_\_\_  
 Il utilise déjà les services de la STAC : oui    non

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 : \_\_\_\_\_

Nom de l'école fréquenter : \_\_\_\_\_

**Cocher chaque énoncé;**

- c 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): \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

- c 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 \_\_\_\_\_

- c J'autorise la direction d'ITSA à prendre contact avec les professionnels d'ÉquiTravail 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*