|  |
| --- |
| **FORMULAIRE D’INSCRIPTION**  **EXPLO-TSA** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Quelle est votre préférence pour la cohorte?*** | | |
| A – Mardi 2 juillet au vendredi 5 juillet 2024  Lundi 8 juillet au jeudi 11 juillet 2024 | B – Lundi 15 juillet au jeudi 18 juillet 2024  Lundi 22 juillet au jeudi 25 juillet 2024 | Aucune préférence |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identification du candidat** | | | | | | | | | |
| Prénom : |  | | | Nom : | |  | | | |
| Date de naissance : |  | | | Âge au 30 juin : | |  | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | |
| Ville : |  | | | Code postal : | |  | | | |
| Téléphone |  | | | Cellulaire : | |  | | | |
| Adresse courriel : |  | | | | | | | | |
| Le candidat a-t-il un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA)? | | | | | | | Oui | Non |
| Est-ce que le candidat demeure à un autre endroit que l’adresse mentionnée ci-haut : | | | | | | | Oui | Non |
| Si oui, veuillez indiquer les coordonnées : | | |  | | | | | |
| **Autres diagnostiques** | | | | | | | | |
| Déficience intellectuelle : | |  | | | | | | |
| Déficience physique : | |  | | | | | | |
| Santé mentale : | |  | | | | | | |
| Autres : | |  | | | | | | |
| **Scolarité** | | | | | | | | |
| Nom de l’école fréquentée : | |  | | | | | | |
| Nom de l’enseignant : | |  | | | | | | |
| Niveau scolaire ou nom du programme fréquenté : | | | | | FPT,  FMS,  Autres : | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identification du parent ou du tuteur légal** | | | |
| Prénom : |  | Nom : |  |
| Adresse (si différente) : |  | | |
| Ville : |  | Code postal : |  |
| Téléphone |  | Cellulaire : |  |
| Adresse courriel : |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identification d’un référent (intervenant au dossier s’il y a lieu)** | | | |
| Prénom : |  | Nom : |  |
| Provenance : |  | | |
| Date de référence : |  | | |
| Téléphone |  | Numéro de poste : |  |
| Adresse courriel : |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Santé globale** | | | | | | | | | |
| Le candidat a-t-il des problématiques de santé particulière? | | | | | | | | Oui | Non |
| Si oui, précisez : | | | |  | | | | | |
| Le candidat a-t-il des allergies ou des intolérances alimentaires? | | | | | | | | Oui | Non |
| Si oui, précisez : | | | |  | | | | | |
| **Autonomie fonctionnelle du candidat** | | | | | | | | | |
| **Va à la toilette :** | | | | Seul  Avec aide | | **S’habille :** | Seul  Avec aide | | |
| Précisions : | | | |  | | Précisions : |  | | |
| **Marche :** | | | | Seul  Avec aide  Avec un accessoire de marche | | **S’alimente :** | Seul  Avec aide  Avec des ustensiles adaptés | | |
| Précisions : | | | |  | | Précisions : |  | | |
| **Utilisation d’un fauteuil roulant :** | | | | | Oui  Non | Autres conditions particulières ayant un impact sur le fonctionnement général du candidat : | | | |
|  | | | |
| Si oui : | | | Fauteuil manuel  Fauteuil électrique | | |
| La personne a-t-elle besoin d’accompagnement pour les déplacements : | | | | | Oui  Non |
| **Ratio d’accompagnement** | | | | | | | | | |
| Quel est le ratio de fonctionnement du candidat dans un groupe?  (Exemple : 1/6 = 1 intervenant pour 6 participants) | | | | | | | | | |
| 1/ |  | Précisez : | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Profil du candidat** | | | | | | |
| **Décrivez brièvement le comportement général du candidat :** | | | | | | |
| En individuel : | |  | | | | |
| En groupe : | |  | | | | |
| **Décrivez les comportements relatifs à une désorganisation :** | | | | | | |
| Fréquence : | | | |  | | |
| Circonstance : | | | |  | | |
| Interventions à privilégier : | | |  | | | |
| **Le candidat a-t-il tendance à :** | | | | | | |
| Fuguer : | | | | Oui  Non | | |
| Reconnaître les dangers : | | | | Oui  Non | | |
| Manifester de l’agressivité : | | | | Oui  Non | | |
| **Y a-t-il des éléments à faire attention (peurs, sensibilités, etc.) Par exemple, les orages, les ballounes, les chiens…** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Communication** | | | | | | |
| **Lors du premier contact avec le candidat, il est préférable de :** | | | | | | |
| S’exprimer par la parole | | | | | | Oui  Non |
| S’exprimer par des gestes/signes | | | | | | Oui  Non |
| S’exprimer par des pictogrammes/cahier de communication/IPAD | | | | | | Oui  Non |
| **Types d’horaires :** | | | | | | |
| **Pour fonctionner, le candidat a besoin d’un horaire :** | | | | | **Pour se repérer, le candidat a besoin d’un horaire :** | |
| Illustrée (avec des pictogrammes seulement)  En caractère (avec du texte seulement)  Les deux (pictogrammes et à l’écrit)  **Orientation**  Verticale  Horizontale | | | | | À la semaine (pour voir venir les autres jours)  À la journée (pour focusser sur le jour en cours)  À la demi-journée (pour focusser sur l’activité en cours) | |
| **Organismes et partenaires en soutien auprès du candidat** | | | | | | |
| **Cochez tous les organismes qui ont soutenu le candidat dans le passé et présentement.** | | | | | | |
| ÉquiTravail  Carrefour jeunesse emploi  CIUSSS | | | | | Organismes communautaires  Autisme Québec  Autres : | |
| Commentaires : | | | | | | |
| **Expériences de stage antérieur (s’il y a lieu)** | | | | | | |
| Quoi : |  | | | | | |
| Où : |  | | | | | |
| Quand : |  | | | | | |
| **Expériences de travail antérieur (s’il y a lieu)** | | | | | | |
| Quoi : |  | | | | | |
| Où : |  | | | | | |
| Quand : |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Type de transport utilisé pour se rendre à ITSA** | | |
| STAC  RTC – bus de ville  Autres : | | |
| Si les déplacements seront effectués par STAC, le candidat utilise-t-il déjà les services : | Oui | Non |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Signatures** | |
| X |  |
| Signature du candidat (si apte à le faire) | Date (jj/mm/aaaa) |
| X |  |
| Signature du parent ou tuteur légal (obligatoire) | Date (jj/mm/aaaa) |
| X |  |
| Signature du référant (si applicable) | Date (jj/mm/aaaa) |

**Photo du candidat**



|  |
| --- |
| **Annexe – Autorisation de communiquer des renseignements personnels** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du candidat |  |
| Date de naissance |  |
| Nom de l’école fréquentée |  |

# Cochez 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) |  | | |
| Courriel |  | Numéro de téléphone : |  |

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(e) |  | | |
| Numéro de téléphone |  | Poste : |  |

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(e) |  | | |
| Numéro de téléphone |  | Poste : |  |

**Signatures**

|  |  |
| --- | --- |
| X |  |
| Signature du candidat (si apte à le faire) | Date (jj/mm/aaaa) |
| X |  |
| Signature du parent ou tuteur légal (obligatoire) | Date (jj/mm/aaaa) |