|  |
| --- |
| **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) |