

# 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
5255, rue Rideau
 Québec G2E 5H5

[ ] Je confirme avoir lu le guide de fonctionnement et processus d’inscription

Signature Date

***À remplir par le répondant (parent, tuteur légal ou référent) 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 [ ]  Non [ ] **Joindre le rapport d'évaluation des professionnels au formulaire admission.** |
| 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 :Poste téléphonique :  |  Courriel : |
| SANTÉ GLOBALE |
| Problématique de santé particulière : Oui [ ]  Non [ ]  | Précisez :  |
| Allergie ou intolérance : Oui [ ]  Non [ ]  | Précisez :  |
| AUTONOMIE FONCTIONNELLE DU CANDIDAT |
| **Va à la toilette** | **S'habille** |
|  Seul [ ]   |  Précisez : |  Seul [ ]  |  Précisez : |
|  Avec aide [ ]   |  Avec aide [ ]  |
| **Marche** | **Utilise un fauteuil roulant** |
|  Seul [ ]  |  Précisez : |  Oui [ ]   |  Précisez : |
|  Avec aide [ ]  |  Non [ ]  |
| **Alimentation** | Autres conditions particulières ayant un impact sur le fonctionnement général du candidat:  |
|  Seul [ ]   | Précisez (mange rapidement ou lentement) :  |
|  Avec aide [ ]   |
|  **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 : [ ]  Pictogrammes[ ]  Mots[ ]  Pictogrammes et mots | [ ]  Horaire à la semaine[ ]  Horaire à la journée [ ]  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 nonIl 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)**x** |  Date (jj/mm/aaaa)  |
|  Signature du parent ou tuteur légal (obligatoire)**x** |  Date (jj/mm/aaaa)  |
|  Signature du référent (si applicable)  **X**  |  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*