

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?

<input type="checkbox"/> A – Mardi 2 juillet au vendredi 5 juillet 2024 Lundi 8 juillet au jeudi 11 juillet 2024	<input type="checkbox"/> B – Lundi 15 juillet au jeudi 18 juillet 2024 Lundi 22 juillet au jeudi 25 juillet 2024	<input type="checkbox"/> 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)?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que le candidat demeure à un autre endroit que l'adresse mentionnée ci-haut :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez indiquer les coordonnées :			
Autres diagnostics			
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle :			
<input type="checkbox"/> Déficience physique :			
<input type="checkbox"/> Santé mentale :			
<input type="checkbox"/> Autres :			
Scolarité			
Nom de l'école fréquentée :			
Nom de l'enseignant :			
Niveau scolaire ou nom du programme fréquenté :	<input type="checkbox"/> FPT, <input type="checkbox"/> FMS, <input type="checkbox"/> Autres :		

2. Identification du parent ou du tuteur légal

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

3. Identification d'un référent (intervenant au dossier s'il y a lieu)

Prénom :		Nom :	
Provenance :			
Date de référence :			
Téléphone		Numéro de poste :	
Adresse courriel :			

4. Santé globale

Le candidat a-t-il des problématiques de santé particulière?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :	
Le candidat a-t-il des allergies ou des intolérances alimentaires?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :	

Autonomie fonctionnelle du candidat

Va à la toilette : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide Précisions :	S'habille : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide Précisions :
Marche : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec un accessoire de marche Précisions :	S'alimente : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec des ustensiles adaptés Précisions :
Utilisation d'un fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique La personne a-t-elle besoin d'accompagnement pour les déplacements : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres conditions particulières ayant un impact sur le fonctionnement général du candidat :

Ratio d'accompagnement

Quel est le ratio de fonctionnement du candidat dans un groupe? (Exemple : 1/6 = 1 intervenant pour 6 participants) 1/ <input type="text"/> Précisez :
--

5. 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 :

- Illustrée (avec des pictogrammes seulement)
- En caractère (avec du texte seulement)
- Les deux (pictogrammes et à l'écrit)

Orientation

- Verticale
- Horizontale

Pour se repérer, le candidat a besoin d'un horaire :

- À la semaine (pour voir venir les autres jours)
- À la journée (pour focuser sur le jour en cours)
- À la demi-journée (pour focuser 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 :

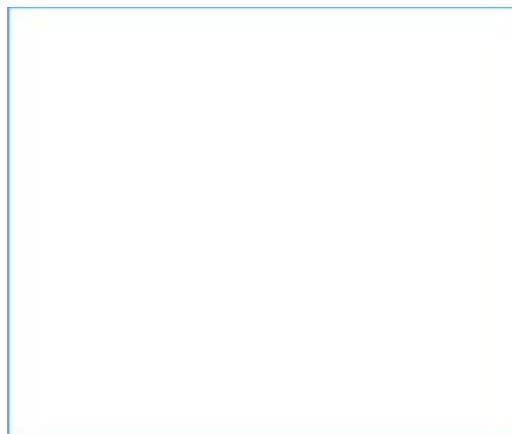
Expériences de stage antérieur (s'il y a lieu)	
Quoi :	
Où :	
Quand :	
Expériences de travail antérieur (s'il y a lieu)	
Quoi :	
Où :	
Quand :	

6. Type de transport utilisé pour se rendre à ITSA
<input type="checkbox"/> STAC <input type="checkbox"/> RTC – bus de ville <input type="checkbox"/> Autres :
Si les déplacements seront effectués par STAC, le candidat utilise-t-il déjà les services : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

7. 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)