

# 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](mailto: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 non  Il 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*