



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, bureau 511, LaSalle QC H8R 4A8
Téléphone : 514-367-3757 Télécopieur : 514-367-0444
Courriel : info@corporationespoir.org
Site web : www.corporationespoir.org

COTISATION ANNUELLE 25.00\$/année Fiche d'inscription 2020-2021

SVP, ÉCRIRE LISIBLEMENT

PHOTO
(Obligatoire)

Ou envoyer une
photo numérique à
info@corporationespoir.org

Portrait de la personne présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
d'appartement : _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : (____) _____
Cell. : (____) _____

Date de naissance : _____
Âge : _____ Sexe : F M
d'assurance-maladie : _____
Date d'expiration carte : _____
Origine ethnique : _____
Diagnostic : _____
Allergie(s) : _____
Épilepsie : oui non

Responsable 1

Nom, Prénom : _____
Lien avec le membre : _____
*Si adresse même que membre, écrire *Même*
Adresse : _____ #apt. _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Tél. résidentiel : (____) _____
Cellulaire : (____) _____
Travail : (____) _____ poste : _____
Courriel : _____
Profession : _____

J'autorise la Corporation l'Espoir à m'envoyer des formulaires et publications de l'organisme via mon adresse courriel

Responsable 2

Nom, Prénom : _____
Lien avec le membre : _____
*Si adresse même que membre, écrire *Même*
Adresse : _____ #apt. _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Tél. résidentiel : (____) _____
Cellulaire : (____) _____
Travail : (____) _____ poste : _____
Courriel : _____
Profession : _____

J'autorise la Corporation l'Espoir à m'envoyer des formulaires et publications de l'organisme via mon adresse courriel

↑ **IMPORTANT : Nos documentations sont envoyées EXCLUSIVEMENT par courriel, assurez-vous d'avoir coché la case pour les recevoir**

Autre personne en cas d'urgence (obligatoire)

Nom, Prénom : _____
Lien avec le membre : _____
Adresse : _____ #apt. _____
Ville, province : _____
Tél. résidentiel : (____) _____
Cellulaire : (____) _____
Courriel : _____

J'autorise la Corporation l'Espoir à m'envoyer des formulaires et publications de l'organisme via mon adresse courriel

Situation familiale et milieu de vie

Monoparentale : Mère Père
Parents
Garde partagé
Appartement (seul ou supervisé)
Ressource intermédiaire (R.I)
Famille d'accueil
Autre _____

Médication

Le participant prend-il de la médication : oui non

*Si oui, joindre une copie de la liste des médicaments (ou remplir le tableau ci-dessous) et signez l'autorisation *Médication* ci-dessous

Autorisation médication

J'autorise les responsables des activités de la Corporation L'Espoir à administrer la médication du membre lors de sa participation aux activités de l'organisme.

OUI, j'autorise NON, je n'autorise pas

Signature du parent ou responsable : _____

Liste de la médication

Il est obligatoire de nous informer de toute médication que le participant s'est vu prescrire qu'elle soit administrée ou non aux activités de la Corporation L'Espoir. Le but de cette procédure est de s'assurer que nous détenons toute l'information pertinente à transmettre aux corps médicaux advenant une urgence.

Remplir ce tableau OU coller la liste remise par votre pharmacie

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE (nombre de comprimés à donner) Notez l'heure si besoin			
	MATIN	DINER	SOUPER	COUCHER

Transport

Voyage seul Voyage avec parents Transport adapté # d'utilisateur : _____

*Si voyage seul, signez l'autorisation *Départ seul* ci-dessous

Autorisation de départ seul

J'autorise le membre à quitter par lui-même (sans transport adapté) les activités de la Corporation L'Espoir. Si, pour une raison quelconque, je ne veux pas que le membre quitte seul, j'aviserai le coordonnateur.

OUI, j'autorise NON, je n'autorise pas

Autorisation à participer aux activités

En inscrivant le membre à une activité de la Corporation L'Espoir, j'accepte par le fait même la programmation, les sorties et l'horaire proposés. Si, pour une raison quelconque, je ne veux pas que le membre participe, j'aviserai le coordonnateur. Notez que pour les activités culinaires, il est de votre responsabilité de nous aviser des allergies, intolérances ou restrictions alimentaires.

OUI, j'autorise NON, je n'autorise pas

Autorisation d'appliquer de la crème solaire

J'autorise les intervenants de la Corporation L'Espoir à appliquer de la crème solaire au participant lors de sortie extérieure.

Je dégage la Corporation L'Espoir de toute responsabilité concernant les conséquences de l'application de la crème solaire afin d'éviter les coups de soleil. Advenant le refus de signer la présente autorisation, nous nous réservons le droit de retourner le participant à la maison ou encore de refuser sa participation à une activité et/ou sortie extérieure.

OUI, j'autorise NON, je n'autorise pas

Signature du parent ou responsable : _____

Portrait familial

Frères / sœurs : oui non

Membre de la Corporation L'Espoir

Nom: _____

âge : _____

Nom: _____

âge : _____

Nom: _____

âge : _____

Langues parlées/comprises (dans l'ordre)

1- _____

2- _____

3- _____

Occupation actuelle

Enfant (0-5 ans)

À la maison

Stimulation précoce

Garderie

Autre

Jeune (6-21 ans)

École/classe régulière

École régulière/classe spécialisée

École spécialisée

Autre

Adulte (21 et plus)

À la maison

Éducation aux adultes

Centre de jour

Atelier

Plateau de stage

Autre

Nom de l'école, du lieu de travail, du lieu de stage fréquenté, etc.:

Données financières de la personne présentant une déficience intellectuelle et/ou un TSA

1- Revenu d'emploi

2- Sécurité du revenu/aide sociale

3- Sécurité de vieillesse

4- Aucun

Centre de réadaptation

Centre de réadaptation fréquenté : _____

Nom de l'éducateur(trice) : _____ Téléphone : (____) _____ Poste: _____

Centres locaux de services communautaires (CLSC)

Nom du C.L.S.C. : _____ Téléphone : (____) _____ Poste: _____

Nom du (de la) travailleur(euse) social(e) : _____

Subvention soutien à la famille : oui non

SIGNATURE AU VERSO

Autorisation renseignement

J'autorise la Corporation L'Espoir à transmettre des renseignements nominatifs tel que le nom, l'adresse et les services obtenus à des fins de subvention.

OUI, j'autorise NON, je n'autorise pas

Autorisation photos

J'autorise la Corporation L'Espoir à prendre des photos qui pourraient être utilisées pour notre site web ou à filmer le membre à des fins de documentation (pour une vidéo, vous serez avisé au préalable et une seconde autorisation vous sera demandé).

OUI, j'autorise NON, je n'autorise pas

Signature du parent ou responsable : _____

Code d'éthique

En ma qualité de parent ou responsable d'un membre présentant une DI ou un TSA:

Je m'engage à respecter les principes et valeurs: de respect, d'écoute, de participation, d'entraide, d'abstention de consommation de drogue ou d'alcool durant les activités, de ponctualité, de résolution pacifique des conflits et de non tolérance de la violence et de l'intimidation.

Je m'engage à faire de mon mieux pour soutenir le membre présentant une DI ou un TSA dans ses habiletés sociales et de collaborer avec les intervenants lorsqu'il fréquente une activité de la Corporation L'Espoir.

La Corporation l'Espoir est consciente que certains membres peuvent adopter un comportement perturbateur qu'ils ne peuvent ni contrôler ni comprendre. En cas de difficultés comportementales difficilement gérables par les intervenants de la Corporation L'Espoir, je m'engage à chercher de l'aide à auprès de professionnels du réseau de la santé (médecin, éducateur spécialisé...) pour soutenir le membre présentant une DI ou un TSA dans sa participation aux activités. Je m'engage également à collaborer avec les mesures qui pourraient être proposées de la part du professionnel ou de l'intervenant de la Corporation l'Espoir.

Je m'assure que mon enfant est disposé physiquement et psychologiquement à participer aux activités et de lui fournir les articles nécessaires à l'activité (passe d'autobus, lunch, etc.) lorsqu'il participe à une activité.

Je communique de manière raisonnable avec le personnel et les autres membres de la Corporation l'Espoir.

Signature du parent ou responsable: _____

Nom en lettres moulées : _____ Date : _____

Pour compléter votre inscription à la Corporation L'Espoir, retourner ce formulaire rempli, accompagné du paiement de 25\$ et d'une photo:

Par la poste : Corporation L'Espoir, 55 rue Dupras, bureau 511, Lasalle (Qc), H8R 4A8
OU

Par courriel : info@corporationespoir.org

Pour un paiement sans frais par carte de crédit :

Un formulaire est disponible au <http://www.corporationespoir.org> → Formulaires → Formulaire de paiement par carte de crédit (sans frais)

Réservé à l'administration

Carte payée 2020-2021 : Montant : _____ Chèque Argent Carte de crédit Carte de débit (25\$/année)

Commentaires : _____

Inscrit(e)s aux programmes et/ou services : _____

CODES DE VIE ET D'ÉTHIQUE REÇUS ET SIGNÉS

CORPORATION L'ESPOIR