



# CORPORATION L'ESPOIR

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

## COTISATION ANNUELLE 25.00\$/année Fiche d'inscription 2019-2020

SVP, ÉCRIRE LISIBLEMENT

**PHOTO**  
(Obligatoire)

Ou envoyer une  
photo numérique à  
[info@corporationespoir.org](mailto: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



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

#### 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



#### 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](mailto: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 2019-2020 :  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**