


RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

MEMBRE UTILISATEUR (PERSONNE VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU TSA (TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME))

Nom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ App. _____  Tél. maison: _____

Ville: _____ Code postal: _____  Tél. cellulaire: _____

Adresse courriel: _____

No. assurance-maladie: _____ Date d'expiration: _____

Langue maternelle: Français Anglais

Autre langues parlées: _____

Lieu de résidence: Parent Ressource de type familiale En appartement

Autres, précisez: _____

Taille chandail: _____

Activités de loisirs (vos préférences et intérêts): _____

Facturer mes activités à: Directement au membre CSSS (budget soutien à la famille)

Curateur public Curateur privé

Nom du curateur public / privé: _____ Numéro de dossier (s'il y a lieu): _____

MEMBRE ACTIF (MEMBRE AYANT DROIT DE VOTE) PARENT OU RÉPONDANT.

Nom: _____ Lien avec le membre utilisateur: _____

Adresse: _____ App. _____  Tél. maison _____

Ville: _____ Code postal: _____  Tél. cellulaire: _____

Adresse courriel: _____

No. d'assurance sociale (information **obligatoire pour la production du relevé 24 pour reçu de frais de garde pour crédit d'impôt**):

--	--	--	--

TRANSPORT (membre utilisateur)

Quel transport utilisez-vous? Le vôtre Répondant AMI-BUS

TRANSPORT POUR NOUS INC. Autres, précisez: _____

Demande de paiement de frais de transports pour des activités thérapeutiques: toute personne qui reçoit de l'aide sociale et utilise un transport adapté pour participer à des activités thérapeutiques régulières dont celles de l'AGDIA, peut recevoir un remboursement pour ses frais de transport. Avec votre accord, nous vous remettons une lettre d'attestation de présence à chaque début de mois.

Je désire recevoir une lettre d'attestation de présence à chaque mois.

Svp, faire parvenir une lettre d'attestation de présence au curateur public.

Nom du curateur: _____

INTERVENANTS (ES)

CRDI

Nom de l'intervenant (e): _____

Tél.: _____ Poste: _____

CSSS

Nom de l'intervenant (e): _____

Tél.: _____ Poste: _____

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'école: _____

Nom de l'enseignant (e): _____

Tél.: _____ Poste: _____

EMPLOI (INTÉGRATION AU TRAVAIL)

Employeur / responsable: _____

Tél.: _____ Poste: _____

Description des tâches:

AUTRE ASSOCIATION OU ORGANISME

Nom du responsable: _____ Tél.: _____

Activités auxquelles vous participez:

J'autorise les intervenants (es) mentionnés ci-dessus à partager des informations sur:

Nom: _____

 Si oui, signez s'il vous plaît: _____

DIAGNOSTIQUE

Déficience intellectuelle: Légère Moyenne Sévère
TSA (trouble du spectre de l'autisme) Trisomie Xfragile
TDA (trouble du déficit de l'attention) TDAH (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité)
Cécité Mutité Alzheimer

La personne présente-t-elle une problématique de santé mentale (bipolarité, schizophrénie, schizophrénie affective, trouble alimentaire, etc.)? Oui Non

Si oui, précisez: _____

CONDITION MÉDICALE

Surdité: Si oui, portez-vous un appareil: OD OG

Hépatite: A B C

Asthme: Oui Non Si oui, avez-vous un inhalateur? Oui

Cardiaque: Oui Non

Diabète: Oui Non

Si oui, précisez: _____

Épilepsie: Oui Non

Si oui, précisez: _____

La personne présente-t-elle des allergies et des intolérances (aliments, animaux, médicaments) Oui Non

Si oui, précisez : _____

La personne a-t-elle à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit)? Oui Non

La personne prend-t-elle régulièrement des médicaments prescrits? Oui Non

Si oui, lesquels (vous pouvez joindre votre carnet pharmacologie) _____

La personne est-elle en mesure de prendre la médication: Seule Avec supervision

Avez-vous des renseignements supplémentaires importants à mentionner concernant la médication?

AUTONOMIE GÉNÉRALE

Communication

La personne est-elle verbale? Oui Non

La personne communique-t-elle aisément? Oui Non Avec difficulté

Sensoriel

La personne présente-t-elle des atteintes sensorielles importantes? Oui Non

Si oui, précisez: _____

Alimentation

La personne s'alimente-t-elle seule? Oui Non Avec supervision

La personne nécessite-t-elle une texture particulière pour ses aliments? Oui Non

Si oui quelle est la texture demandée? (Purée, hachée, liquide, en morceaux, etc.)

La personne s'hydrate-t-elle seule? Oui Non

Les liquides doivent-ils être épaissis? Oui Non

Si oui, par quel moyen? _____

La personne nécessite-t-elle des objets adaptés pour s'alimenter? (Paille, assiette antidérapante, tablier, etc.)

Oui Non

Si oui, précisez: _____

La personne présente-t-elle un régime alimentaire particulier? (Végan, kéto, végétalien, etc.)? Oui Non

Si oui, précisez: _____

Autonomie à la toilette

Il y a-t-il la présence d'incontinence urinaire ou fécale? Oui Non

Si oui, la personne porte-t-elle une culotte d'incontinence? Oui Non

La personne est-elle en mesure de changer sa culotte seule? Oui Non Avec supervision

La personne a-t-elle besoin d'une assistance technique à la toilette? (aide pour s'essuyer, se laver les mains, etc.)

Oui Non

Si oui, précisez: _____

Déplacements

La personne se déplace-t-elle seule? Oui Non

Sinon, quelle est l'aide nécessaire? (cane, fauteuil roulant, déambulateur, etc.)

COMPORTEMENTS

La personne présente-t-elle un trouble du comportement? Oui Non

Si oui, le/lesquels? Opposition Fugue Agressivité

Il y a-t-il des interventions connues pour répondre au trouble du comportement? (Plan d'intervention, outils maison, services d'un professionnel externe, etc.) Oui Non

Si oui, précisez: _____

Élément(s) déclencheur(s) pouvant provoquer une crise?

La personne présente-t-elle un trouble d'anxiété? Oui Non

Si oui, quels sont les facteurs qui mènent à l'anxiété?

Comment la personne réagit-t-elle dans un groupe?

Il y a-t-il d'autres informations pertinentes à nous mentionner face au comportement de la personne? Oui Non

Si oui, précisez: _____

LORS DES ACTIVITÉS, AUTRE PERSONNE AUTORISÉE À VENIR CHERCHER LE MEMBRE UTILISATEUR ET À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom: _____ Lien: _____ Tél.: _____ Cell.: _____

Nom: _____ Lien: _____ Tél.: _____ Cell.: _____

Nom: _____ Lien: _____ Tel.: _____ Cell.: _____

AUTORISATION TRANSPORT

Autorisez-vous que le membre utilisateur soit transporté par nos éducateurs ou bénévoles lors des sorties?

Oui Non

AUTORISATION PHOTO ET VIDÉO

Autorisez-vous que le membre **soit filmé ou pris en photo** par le personnel de l'AGDIA à des fins de promotion ou pour partager des souvenirs entre participants? Il est entendu que les photos et les vidéos seront uniquement utilisées pour montrer des interactions positives et valorisantes pour les individus.

Oui Non

Autorisez-vous que le membre participe à **des excursions au parc et aux installations de la ville environnante**? Advenant des sorties en autobus, le parent ou répondant sera mis au courant des déplacements prévus et devra donner son approbation pour celles-ci.

Oui Non

ENGAGEMENT

Lors des activités ou services offerts par l'AGDIA, il est entendu que les participants sont **sous supervision en tout temps**.

Des **activités extérieures** sont prévues tous les jours. Il est possible que le dîner soit pris à l'extérieur sur des tables de pique-nique prévues à cet effet. Bien entendu, les sorties et les repas pris à l'extérieur ne sont faits que si la température est clémente et n'est pas trop chaude ni trop froide.

Il est entendu que l'AGDIA entend promouvoir **l'activité physique, l'hygiène, le respect** et l'importance d'une **saine alimentation** dans toutes ses activités. Les repas offerts sont donc sains, équilibrés et variés.

Il est recommandé d'apporter: un chapeau de soleil, une serviette de plage, de la crème solaire, du linge de rechange, des souliers d'intérieur en hiver, des mitaines et foulards appropriés en saison froide, le tout identifié, dans un sac à dos.

Tout médicament devant être administré à un participant devra avoir été prescrit par un professionnel de la santé, au nom du participant, fourni dans **un pilulier** ou devra être accompagné d'un **formulaire d'autorisation** signé par le parent ou le répondant, qui est disponible à l'accueil ou sur notre site internet au www.agdia.org.

Toute personne (enfant ou adulte) représentant **un risque ou une menace pour la santé ou la sécurité** des autres personnes fréquentant les activités de l'AGDIA se verra refuser l'accès à celles-ci jusqu'à ce que des mesures appropriées aient été prises et assurent le respect de la santé et la sécurité de tous. Entre autres, une personne fiévreuse, contagieuse, avec des poux, avec comportement agressif sérieux ou abusif, en état d'ébriété ou sous l'effet d'une drogue, sera considérée comme représentant un risque et une menace à la santé et sécurité des autres personnes fréquentant l'AGDIA.

En cas d'urgence, le personnel de l'AGDIA prendra les dispositions nécessaires relatives à la santé du participant et le parent ou répondant accepte d'assumer les frais qui pourraient en résulter (ambulance, etc.). Le parent ou répondant dégage le personnel de toute responsabilité face aux mesures prises. Il est entendu qu'en tout temps, il y a sur place au moins un membre du personnel qui a une formation en premiers soins et réanimation cardio-respiratoire.

Modalités de paiement: Les frais d'adhésion et d'activités sont payables avant le début des activités. Par contre des arrangements pour paiement différé sont possibles. Les frais sont payables comptant, par chèque libellé au nom de **l'AGDIA (Association Granby pour la déficience intellectuelle et l'autisme)** ou par transfert bancaire ou par carte de crédit lors de l'inscription en ligne.

ENGAGEMENT (SUITE)

Reçus pour crédit d'impôt: L'AGDIA émet en février de chaque année des Relevés 24 à titre de reçus pour frais de garde pour crédit d'impôt à tous les parents dont les enfants (sans limite d'âge) ont fréquenté les services de l'AGDIA (centre de jour, services de surveillance, camps de jours d'été et de relâche, entre autres). Les reçus sont émis automatiquement à tous les parents qui ont fourni leur numéro d'assurance sociale.

Le régime fiscal québécois comporte plusieurs mesures permettant de réduire l'impôt des familles, dont le crédit d'impôt remboursable pour frais de garde d'enfants. Ce crédit vous permet d'obtenir le remboursement d'une partie des frais que vous avez payés pour faire garder votre enfant, quel que soit son âge, s'il a une déficience intellectuelle grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques, et est à votre charge ou à celle de votre conjoint.

Dans l'éventualité où l'AGDIA devait **annuler une activité déjà payée**, l'AGDIA **remboursera le participant pour les services non rendus**. Dans le cas où l'AGDIA fournit les services, mais que le participant est absent, l'AGDIA ne pourra être tenu responsable de l'absence et **ne remboursera pas le participant pour les services offerts dont il ne s'est pas prévalu**. Dans le cas où le participant demande une **annulation**, l'AGDIA remboursera les frais payés, tel que prescrit à l'article 195 de la loi, a) et b) ci-dessous pour le nombre de jours stipulés, et ce entre la date de résiliation et la fin de l'activité. **Veillez noter que l'annulation des activités doit se faire au plus tard le vendredi matin précédent la tenue des activités.**

Droit de résiliation: Selon la Loi sur la protection du consommateur:

Art. 193: Le consommateur peut, à tout moment et à sa discrétion, résilier la participation à une activité au moyen d'un avis écrit à cet effet à l'AGDIA. L'activité est résiliée de plein droit à compter de l'avis de résiliation.

Art 194: Si le consommateur résilie l'activité avant que l'AGDIA n'ait commencé à exécuter son obligation, la résiliation s'effectue sans frais ni pénalité pour le consommateur.

Art 195: Si le consommateur résilie l'activité après que l'AGDIA ait commencé à exécuter ses engagements, les seules sommes que l'AGDIA peut exiger de lui sont: **a)** le prix des services qui lui ont été fournis, calculé au taux horaire, au taux à la journée ou au taux à la semaine stipulé dans le contrat et **b)** à titre de pénalité, la moins élevée des sommes suivantes: 50\$ ou une somme représentant au plus 10% du prix des services qui ne lui ont pas été fournis.

Art 196: Dans les dix jours qui suivent la résiliation du contrat, l'AGDIA doit restituer au consommateur la somme d'argent qu'il doit à ce dernier.

Notez qu'il est essentiel d'avoir payé votre cotisation annuelle de 20\$. Celle-ci couvre la période du 1^{er} avril de l'année en cours au 31 mars de l'année suivante.

L'Association vous remercie de votre confiance et vous prie de retourner ce formulaire dûment complété, accompagné de votre cotisation annuelle au montant de 20\$ payable à l'AGDIA au: 17, rue Saint-Urbain, Granby (Québec) J2G 7S6. Pour toute autre information n'hésitez pas à nous écrire à l'adresse courriel suivante: info@agdia.org.

En signant, je confirme avoir lu et compris les engagements des deux parties:

Signature du membre utilisateur (si 14 ans et plus): _____ Date: _____

Signature du membre actif (parent ou répondant): _____ Date: _____