



ADHÉSION ANNUELLE

(Pour la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025)

LES AMIS DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE RIVE-NORD

45, boulevard Industriel, suite 120

Repentigny (Québec) J6A 5R5

Tél. : (450) 585-3632 Service de surveillance (450) 585-3633

Courriel : info@lesamisdela.org

Site internet : www.lesamisdela.org – Suivez-nous sur FACEBOOK

Complétez les deux côtés de ce formulaire et le retourner à l'association
Les Amis **AVEC VOTRE PAIEMENT SELON VOTRE CATÉGORIE DE MEMBRE.**
Pour participer aux activités, il faut avoir payé votre adhésion.

Catégorie de membre :

Actif Personne vivant avec une déficience intellectuelle **(20,00 \$)**
 Père, mère, tuteur, fratrie **(20,00 \$)**

OU

Affilié Dirigeant de familles d'accueil **(20,00 \$)**
 Associations communautaires **(20,00 \$)**
 Institutions publiques, parapubliques ou privées **(35,00 \$)**
 Individus (*tout individu portant les préoccupations relatives aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle*) **(20,00 \$)**

OU

Hors territoire Personne vivant avec une déficience intellectuelle **(20,00 \$)**

*Les membre de cette catégorie auront droits de participer aux danses.

Le coût d'adhésion **n'inclut pas** le prix d'entrée de 10 \$ (Payer directement à l'entrée)

**Ces membres n'ont pas le droit de vote lors des assemblées générales.

INFORMATION DU RESPONSABLE

Nom de la personne responsable : _____

Téléphone **d'urgence no 1** de la personne responsable:() _____

Téléphone **d'urgence no 2** de la personne responsable:() _____

Désirez-vous recevoir nos documents par courriel ? OUI NON

Votre adresse courriel : _____

Le membre est-il sur la curatelle ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir les information ci-dessous.

Nom du curateur : _____

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

No de dossier : _____

INFORMATION DU MEMBRE

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Genre : Féminin Masculin Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ EXP : _____

Veillez cocher les cases correspondantes pour chacune des questions suivantes :

Déficience Intellectuelle

Diagnostic principal inscrit au dossier : _____

Niveau de soutien lié à la déficience intellectuelle : Léger Moyen Sévère Profond

A-t-il (elle) un handicap physique ou autres déficiences associées ? : Oui Non

Spécifier : _____

(TSA, hyperactivité, TDAH, audition, langage, etc.)

Le membre a-t-il besoin d'accompagnement 1-1 : Oui Non

Milieu de vie

Famille naturelle En appartement Centre d'hébergement pour personnes âgées

Famille d'accueil Ne s'applique pas Autres _____

Intervenant(e) / travailleur(euse) social / éducateur(trice)

Nom : _____ Téléphone : _____

Établissement : _____

Souhaitez-vous être contacté pour notre programme du Service de surveillance ? : Oui Non

Pour les élèves du CSSAfluent de 12 à 21 ans ou 22 ans et plus (Place limité)

Souhaitez-vous être contacté pour notre programme d'accompagnement loisir ? : Oui Non

Consentement à la publication

Par la présente, nous autorisons **Les Amis de la Déficience Intellectuelle Rive-Nord** à photographier et/ou filmer et/ou publier sur les réseaux sociaux (**Nom du membre**) : _____ dans le cadre des activités.

J'accepte et comprends également que ce montage pourra être utilisé ultérieurement à des fins de diffusion et de promotion des services de **Les Amis de la Déficience Intellectuelle Rive-Nord**.

Signature de la personne autorisé

Date

Autorisation générale

Dans le cadre de sa mission, Les Amis de la Déficience Intellectuelle rive-Nord fait la promotion, la reconnaissance et la sensibilisation publique, auprès de ses membres, ses partenaires et du public.

Ainsi, j'accepte que Les Amis utilise certains renseignements personnels ainsi que l'utilisation de photos dans lesquelles j'apparait avec au moins une autre personne. L'utilisation de cette photo sera faite de manière généralisée sans identification directe personnalisée, afin de promouvoir la mission et les actions de l'association. Toute utilisation d'image ou de photos avec identification devra faire l'objet d'un autre consentement.

De plus, en vue d'intervenir le plus adéquatement possible, j'autorise le partage de certain renseignement personne (tel que mon nom) avec divers partenaires et collaborateurs. Donc, les Amis s'engage de manière responsable et confidentielle, à n'utiliser et partager que les renseignements personnels minimaux et nécessaire à une intervention au bénéfice de la personé qui donne son consentement.

Je reconnais également que les Amis utilise des services externes qui peuvent avoir accès à certains de mes renseignements. Par exemple, le service d'hébergement informatique, ou auprès de professionnels spécifiques comme les comptables professionnels agréés.

Si je n'accorde pas mon consentement aux dispositions énumérées ci-dessus, les Amis s'engage à discuter des accommodements à l'égard du soutien, des actions et des interventions possibles.

Signature : _____ Date : _____

Pour plus d'information sur nos programmes et nos services, n'hésitez pas à visiter notre site internet !

www.lesamisdelaadi.org

Vous pouvez aussi nous contacter par téléphone au **(450) 585-3632** ou par courriel au

info@lesamisdelaadi.org

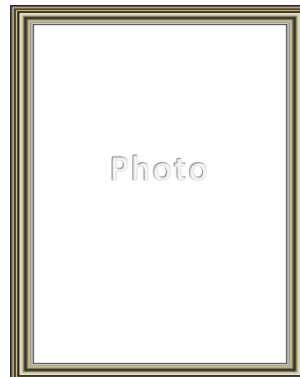
À l'usage du bureau seulement

No de membre :

Montant payé : _____

Renouvellement Nouveau Pour l'année _____

Argent Chèque Virement Interac



DATE : _____

Fiche du participant

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
NOM :	
PRÉNOM :	
ADRESSE :	
VILLE :	
CODE POSTAL :	
TÉLÉPHONE À LA MAISON :	
DATE DE NAISSANCE :	
JOUR / MOIS / ANNÉE	
SEXE :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
DIAGNOSTIQUE :	
AUTRE PROBLÉMATIQUES ASSOCIÉES :	
NUMÉRO ASSURANCE MALADIE :	Expiration :

EN CAS D'URGENCE	
PREMIÈRE PERSONNE À CONTACTER	NOM :
	PRÉNOM :
	TÉLÉPHONE MAISON :
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE OU TRAVAIL :
	LIEN :

EN CAS D'URGENCE	
DEUXIÈME PERSONNE À CONTACTER	NOM :
	PRÉNOM :
	TÉLÉPHONE MAISON :
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE OU TRAVAIL :
	LIEN :

FONCTIONNEMENT			
COMMUNICATION			
LANGUE	Français	Anglais	autre
LANGUAGE VERBAL	parle normalement	parle avec difficulté	ne parle pas
LANGUAGE ÉCRIT	écriture régulière	quelques mots	ne sait pas écrire
LANGUAGE VISUEL	utilise des pictos	utilise les signes	N/A
COMPRÉHENSION			
RÉPOND À SON NOM	oui	non	
FAIT UN CHOIX	oui	non	avec aide
COMPRÉHENSION	verbale	pictos	signe
CONSIGNES SIMPLES	bonne compréhension	avec aide	dépendant(e)
VUE			
QUALITÉ DE LA VUE	bonne	faible	nulle
LUNETTES	non	oui	
VERRE CONTACT	non	oui	
OUÏE			
QUALITÉ DE L'OUÏE	bonne	faible	nulle
APPAREIL AUDITIF	non	oui	
ALIMENTATION			
MANGE	seul (e)	avec aide	dépendant(e)
NOURRITURE	régulière	coupée	purée
LIQUIDE	régulier	épaissit	contrôlé
DIÈTE	non	oui	
si oui, spécifiez :			
ALLERGIE ALIMENTAIRE	non	oui	
si oui, spécifiez :			
GAVAGE	non	oui	
MATÉRIEL À UTILISER	non	oui	
si oui, spécifiez (ex. : paille, tablier, ustensile adapté, etc.) :			

HABILLEMENT			
S'HABILLE	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
SE DÉSHABILLE	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
ATTACHER BOUTONS	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
FERMETURE ÉCLAIR	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
LACER SOULIERS	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
MOTRICITÉ/DÉPLACEMENT			
MARCHER	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
TOLÉRANCE	longue distance	courte distance	quelques pas
COURRIR	oui	non	avec stimulation
AIDE TECHNIQUE	fauteuil	canne	marchette
ORIENTATION EXT.	s'oriente seul (e)	avec indication	dépendant(e)
ORIENTATION INT.	s'oriente seul (e)	avec indication	dépendant(e)
TOILETTE			
EXPRIME SES BESOINS	seul(e)	en questionnant	dépendant(e)
VA À LA TOILETTE	seul(e)	avec aide	incontinent(e)
PORTE UNE CULOTTE	non	oui	en sortie/transport
S'ESSUIE	seul (e)	avec aide	ne s'applique pas

INTERVENANTS

CLSC

Nom de la personne : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Centre de réadaptation

Nom de la personne : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Autre (spécifier)

Nom de la personne : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

École/Centre de jour

Nom de l'établissement : _____

Personne ressource : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Plan d'intervention

La personne a-t-elle un plan d'intervention à son dossier oui non

Si vous croyez que les informations du P.I. pourraient nous être utiles dans nos interventions, nous apprécierions en obtenir copie.

MÉDICAL		
MÉDECIN		
NOM DU MÉDECIN TRAITANT		
HOPITAL/CLINIQUE		
TÉLÉPHONE		
ALLERGIES		
ALLERGIES (sauf alimentaire)	non	oui
Si oui, spécifiez :		
Quels sont les réactions observables :		
ÉPIPEN	non	oui
PARTICULARITÉ MÉDICALE		
AUTRE MALADIE	non	oui
Si oui, spécifiez :		
Traitement :		

MÉDICAMENTS

Je, _____ responsable de _____ autorise
(Titulaire de l'autorité parentale) (Nom du participant)

LES AMIS ou son (sa) représentant(e) se trouvant sur les lieux de l'activité à administrer les médicaments suivants :

Médicament	Prescrit par :	Posologie	Date et heure de la prise de médicament	Raison

**Cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de l'étiquette de la pharmacie*

COMPORTEMENT

Comportement habituel :

Routines importantes :

Interventions particulières :

Points à travailler ou à surveiller :

Passe-temps, activités préférées :

Forces, qualités :

Peurs, choses qu'il/elle n'aime pas :

Autorisation

En cas d'urgence ou dans l'impossibilité de me joindre ou de joindre l'une des personnes mentionnées précédemment, j'autorise la responsable de ***l'Association LES AMIS*** à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant/bénéficiaire. Je l'autorise à transporter mon enfant/bénéficiaire par ambulance ou autrement vers un établissement hospitalier ou de santé communautaire. J'autorise également le médecin, le C.L.S.C. ou l'hôpital, choisi par la responsable, à prodiguer à mon enfant/bénéficiaire les soins requis; qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, l'anesthésie, des traitements ou toute autre intervention en lien avec la santé. Je reconnais également qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire si la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps nécessaire.

Date

Signature du parent/tuteur/curateur

Date

Signature du participant s'il y a lieu

** Veuillez prendre note que toutes les informations demeureront confidentielles. Seules les informations concernant l'état de santé du participant(e) seront divulguées à son intervenant(e) et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès du participant(e) ainsi qu'une intervention efficace en cas d'urgence.*