



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, bureau 511, LaSalle QC H8R 4A8

Téléphone : 514-367-3757

Télocopieur : 514-367-0444

Courriel : info@corporationespoir.org

Site web : www.corporationespoir.org

PHOTO
(Obligatoire)

COTISATION ANNUELLE 25.00\$/année Fiche d'inscription 2018-2019

SVP. ÉCRIRE LISIBLEMENT

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

Nom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Âge : _____ Sexe : F M
d'appartement : _____ # d'assurance-maladie : _____
Ville : _____ Date d'expiration : _____
Province : _____ Origine ethnique : _____
Code postal : _____ Diagnostic : _____
Téléphone : (____) _____ Cell. : (____) _____ **Allergie(s)** : _____
Courriel : _____ Épilepsie : oui non

Mère

Nom : _____
Adresse : _____ #apt. _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Tél. résidentiel : (____) _____
Travail : (____) _____ poste : _____
Cellulaire : (____) _____
Courriel : _____
Profession : _____

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

Père

Nom : _____
Adresse : _____ #apt. _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Tél. résidentiel : (____) _____
Travail : (____) _____ poste : _____
Cellulaire : (____) _____
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 : _____
Lien avec le membre : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
Tél. résidentiel : (____) _____
Travail : (____) _____ poste : _____
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

Curatelle

Appartement

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 et l'horaire proposés. Si, pour une raison quelconque, je ne veux pas que le membre participe, j'aviserai le coordonnateur.

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

Signature du parent ou responsable : _____

Portrait familial

Frères / sœurs : oui non *Si oui, nom(s) et âge(s)

Membre de la Corporation L'Espoir

1- _____
2- _____
3- _____

âge : _____
âge : _____
âge : _____

Oui Non
Oui Non
Oui Non

Langues parlées (dans l'ordre)

1- _____

2- _____

3- _____

Occupation actuelle

Enfant (0-5 ans)

À la maison
Stimulation précoce
Garderie
Autre

Personne (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'endroit fréquenté en lien avec la situation de vie (nom de l'école, du lieu de travail, du lieu de stage, 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 : (____) _____

Centres locaux de services communautaires (CLSC)

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

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

Subvention soutien à la famille : oui non

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.

OUI, j'autorise

NON, je n'autorise pas

Signature du parent ou responsable : _____

Nom de la personne qui a complété le formulaire :

Signature : _____

Date : _____

Nom en lettres moulées : _____

Lien avec le membre: _____

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

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

OU

Par courriel : info@corporationespoir.org (si envoyé par courriel, possibilité de joindre une photo du membre en version électronique. Le paiement doit nous être envoyé par la poste)

Réservé à l'administration

Carte payée 2018-2019 : 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