

Le Regroupement des Dynamiques de Rimouski

Fiche d'adhésion annuelle

*** 15.00\$ obligatoire ***

(À payer à sur la facture de l'hiver)

Informations :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse résidentielle : _____

Code postal : _____ Date de naissance : Jour : ____ Mois : ____ Année : ____

Membre sympathisant : _____

Indiquez le type de déficience de la personne : _____ Numéro de téléphone : _____

- Auditive :
- Motrice :
- Visuelle :
- Préciser : _____
- Intellectuelle :
- Psychique (santé mentale) :

Contacts :

Nom d'un parent ou responsable d'une résidence d'accueil : _____

Numéro de téléphone : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

- En cas d'urgence, pouvons-nous contacter la personne nommée ci-haut? Oui Non
- Si non, inscrivez les coordonnées complètes de la personne responsable à contacter: _____

Nom de l'intervenant responsable du dossier : _____

Numéro de téléphone : _____ # de poste : _____

Autorisez-vous à ce que nous contactons votre intervenante pour obtenir plus d'informations :

Oui Non

Signature _____

Petites questions:

- La personne utilise-t-elle le transport adapté? Oui Non Numéro de matricule _____
- La personne utilise-t-elle un fauteuil roulant? Oui Non
 - Si oui, est-ce un fauteuil manuel ou motorisé? _____
- La personne a-t-elle une aide technique (appareil auditif...)? Oui Non
 - Si oui, précisez : _____

- La personne a-t-elle besoin d'assistance pour :

Habillement :	<input type="checkbox"/>	Alimentation :	<input type="checkbox"/>
Hygiène :	<input type="checkbox"/>	Communication verbale :	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	Compréhension du message :	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'environnement	<input type="checkbox"/>	Déplacement :	<input type="checkbox"/>

Veillez préciser : _____

- La personne a-t-elle besoin d'aide pour :

- La mémorisation : Oui Non
- La socialisation : Oui Non
- La motivation : Oui Non

- La personne a-t-elle des particularités d'ordre médical? Oui Non
(Allergies, intolérances, médicaments...)

Si oui, nommez-les : _____

- La personne a-t-elle des troubles de comportement? Oui Non

- Si oui, décrivez brièvement le ou les troubles de comportement : _____
-

- Quels sont les moyens d'interventions : _____
-
-

Intérêts :

- Quelles sont les activités que le membre aime faire :
-
-

- Quelles sont les activités à proscrire avec le membre : _____

- **Autres information à savoir :**
-
-

Merci!

