**Le CLUB des amis UNIQUES**

2020-2021

**Fiche d'inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | *(double-clic pour insérer une photo)* |
| Nom : |  |
| Âge : |  |
| Date de naissance : |  |
| No ass. maladie : |  |
| Diagnostic(s) : |  |
|  |

|  |
| --- |
| **PARENTS** |
| Adresse 1 |  | Adresse 2  |
| Mère : |  | Père : |  |
| Adresse : |  | Adresse : |  |
| Ville : |  | Ville : |  |
| Tél. résidence : |  | Tél. résidence : |  |
| Tél. cellulaire : |  | Tél. cellulaire : |  |
| **Courriel :**  |
|  |
| Qui rejoindre en cas d'urgence? |
| Nom : |  | Tél. résidence : |  |
| Lien : |  | Tél. cellulaire : |  |

|  |
| --- |
| **FICHE MÉDICALE** |
| Problèmes de santé : | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Si oui, précisez : | 1.       |
|  | 2.       |
| Allergies :  | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Si oui, précisiez : | 1.       |
|  | 2.       |
| Traitement d'urgence prescrit en cas d'allergie sévère? | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Précisions :       |
| Médicaments à prendre régulièrement?  | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Si oui, précisez :  | 1.       |
|  | 2.       |
| Urgence médicale |
| Médecin traitant : |       |
| Hôpital ou clinique : |       |

|  |
| --- |
| **COMPORTEMENTS** |
| Hypersensibilités? | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Lesquelles? |       |
| Interventions à privilégier :  |       |
| Peurs ou phobies? | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Lesquelles? |       |
| Interventions à privilégier :  |       |
| Comportements agressifs? | [ ]  Aucun [ ]  Automutilation [ ]  violence envers autrui[ ]  Brise des objets |
| Si oui, dans quelles circonstances?  |       |
| Autres aspects comportementaux à souligner :       |

|  |
| --- |
| **GOÛTS ET INTÉRÊTS** |
| Activités physiques préférées : |       |
| Activités manuelles préférées : |       |
| Activités culturelles préférées : |       |
| Sorties préférées : |       |
| Autres activités : |       |

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS** |
| J'accepte que mon enfant soit transporté par le personnelde L'Arc-en-Ciel RPPH avec le véhicule de l'organisme. | [ ]  J'accepte[ ]  Je refuse |
| J'accepte que mon enfant soit photographié lors des activitéset que les photos puissent être utilisées aux fins de promotionsur les réseaux sociaux. | [ ]  J'accepte[ ]  Je refuse |
|  |  |
| Signature du parent :  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |