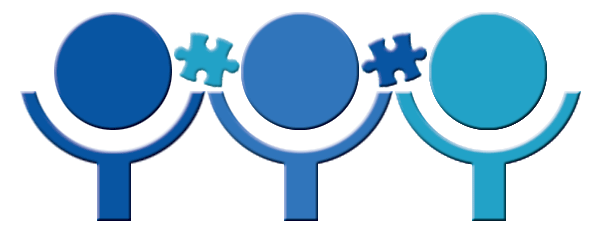
**Le CLUB des amis UNIQUES**

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 personnel de L'Arc-en-Ciel RPPH avec le véhicule de l'organisme. | | J'accepte  Je refuse |
| J'accepte que mon enfant soit photographié lors des activités et que les photos puissent être utilisées aux fins de promotion sur les réseaux sociaux. | | J'accepte  Je refuse |
|  | |  |
| Signature du parent : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Date : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | |