

## Fiche Portrait client

**Retourner ce formulaire avec la fiche santé autorisant la pratique d'activités physiques avant de pouvoir vous inscrire à nos activités. Les personnes ayant une des caractéristiques suivantes doivent faire remplir cette fiche par un parent ou une ressource professionnelle:**

- Être âgés de 21 ans et moins
- Avoir une déficience intellectuelle
- Avoir un trouble de comportement

**Notez bien que cette demande ne constitue pas une acceptation automatique et finale. Adaptavie étudie individuellement chaque demande.**

Espace réservé  
pour photo

*Écrire en lettres moulées SVP*

### Renseignements généraux

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Ratio d'intervention (stimulation pour participer aux activités): 1 intervenant / \_\_\_\_\_ participant(s)

Personne ayant rempli cette fiche: \_\_\_\_\_

Lien avec le participant: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Est-ce que le participant vit dans :  Famille naturelle  Résidence

Est-ce que le participant fréquente actuellement une école ? \_\_\_\_\_ Si oui, laquelle: \_\_\_\_\_

Si le participant ne fréquente plus l'école, quel est son occupation le jour : \_\_\_\_\_

### Ressource(s) professionnelle(s)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_ Téléphone (autre): \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Établissement: \_\_\_\_\_

Psychoéducateur  Travailleur social  Éducateur spécialisé  Autre: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_ Téléphone (autre): \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Établissement: \_\_\_\_\_

Psychoéducateur  Travailleur social  Éducateur spécialisé  Autre: \_\_\_\_\_

**\*\* Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement de ressource professionnelle. \*\***

### Portrait global (Veuillez joindre une photo récente du participant dans l'espace prévu à cette fin)

Traits de caractère: \_\_\_\_\_

Particularités: \_\_\_\_\_

### Communication et compréhension

Comment communique le participant ?

Verbal  LSQ  Français signé  Autre: \_\_\_\_\_

Quelle est le niveau de compréhension du participant ?

Consignes complexes  Consignes simples  Aucune  Autre: \_\_\_\_\_

## Plan social

Quelle est la relation du participant avec l'adulte ? \_\_\_\_\_

Quelle est la relation du participant avec les pairs ? \_\_\_\_\_

Quelle est la relation du participant avec les inconnus ? \_\_\_\_\_

Quelle est la relation du participant avec l'autorité ? \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a d'autres informations ou problématiques liées à la socialisation que nous devrions connaître ? \_\_\_\_\_

## Comportements

Pour ce participant, est-ce qu'il existe un plan d'intervention, un plan de service individualisé connu ou autre établi par une institution (ex: CRDI) ?  Oui  Non

Si oui, quelles informations pourraient être utiles ? \_\_\_\_\_

En état de stress ou de crise, quelles sont les réactions du participant ? \_\_\_\_\_

Comment doit-on réagir et intervenir dans ces différentes situations ? \_\_\_\_\_

Le participant est-il conscient du danger ?  Oui  Partiellement  Non

Quelles sont les habitudes, les comportements, les craintes et les peurs du participant qu'il serait important de connaître ?

**\*\* Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement de plan d'intervention. \*\***

## Activités

Est-ce qu'il y a des activités dont la participation est à proscrire ou à éviter:  Oui  Non

Si oui, lesquelles: \_\_\_\_\_

Quelles sont les intérêts de la personne ? \_\_\_\_\_

En ce qui concerne les activités aquatiques:

Ne sait pas nager  Nage avec aide  Nage  
 A peur de l'eau / N'aime pas l'eau  A besoin d'un objet flottant : \_\_\_\_\_

## Certification des informations

En signant ce document, j'atteste que toutes les informations qui s'y retrouvent sont exactes. S'il est prouvé que ces informations sont fausses ou erronées et qu'elles ont été ainsi fournies volontairement, je m'expose à un rejet de ma demande ou à une révocation des privilèges qui m'ont été accordés par Adaptavie. Je m'engage également à aviser Adaptavie de tout changement relié à l'état de santé ou changement de comportement du participant. J'autorise Adaptavie à partager l'information de cette fiche avec les intervenants.

Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_