

LE RÉPIT DANIEL POTVIN INC.

Références personnelles

IDENTIFICATION

NOM	No. Assurance sociale :
PRÉNOM	No. Assurance maladie :
ADRESSE :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	Date de naissance :
	Handicap
No de téléphone :	
Nom et prénom du père :	
Nom et prénom de la mère :	

INFORMATIONS PERSONNELLES

État de santé (régime, médication, allergie, maladie)
Description du handicap Dégénérative
Nom du médecin traitant :
Adresse : :
No de téléphone :
Prend-il des médicaments : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels et pourquoi :

Nom du foyer ou il demeure présentement :
Adresse :
No. De téléphone :
Famille naturelle : <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Centre d'accueil <input type="checkbox"/>
Nom du travailleur social
Nom de l'éducateur :

AUTRES PARTICULARITÉS IMPORTANTES

Nombre de frères :	de sœurs :
Rang dans la famille :	
Occupation actuelle : école <input type="checkbox"/> laquelle :	
Atelier de travail : <input type="checkbox"/> lequel :	
Reste à la maison :	
Autres :	
Est-il conscient de son handicap : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> plus ou moins <input type="checkbox"/>	
Événements importants qui ont marqué sa vie (mort, naissance, etc....)	
Quel est son caractère : sociable <input type="checkbox"/> renfermé <input type="checkbox"/> enjoué <input type="checkbox"/> déprimé <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	
Quelles activités ne peut-il faire à cause de son handicap :	
Y a-t-il des troubles de comportement à souligner (ex : frappe, crie, crache etc..)	
Si oui, à quelle fréquence	
A-t-il des peurs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles :	
Quelles activités lui plaisent le plus :	
A) Quand il se retrouve seul, à quoi s'occupe-t-il ?	
B) En groupe, quelles activités préfère-t-il ?	

Y a-t-il des aliments qu'il ne peut manger ?
A-t-il des habitudes spéciales au coucher ?
Y a-t-il des particularités face à son hygiène (ex. : pipi au lit, hygiène menstruelle, bain, etc....)

COMMUNICATION :

Se fait-il comprendre clairement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ETAT DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT :

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Est épileptique			
Est hyperactif			
A de la difficulté à entendre			
Porte des lunettes			
Marche			
Dort bien			
Parle			
Mange seul			
Prend son bain seul			
Prend son bain avec aide			
Est à la couche			
Mouille son lit			
Va à la toilette seul			
S'habille seul			
Sait lire			
Sait signer son nom			
S'oriente en ville			
S'occupe seul			
Aime être seul			
Aime être avec d'autres			

	Oui	Non	Commentaires
Aime dessiner ou colorier			
Aime les casse-têtes			
Manipule un D.V.D.			
Aime les histoires			
Autres passe-temps			

Autres informations pertinentes :

Signé le _____

_____ Parent ou tuteur

Répit Daniel Potvin inc.
898 Boul Blanche
Baie-Comeau
G5C 2B9

418 589-2343
replitdanielpotvin@telus.net

Marlène Larrivée