**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom et nom** **(Personne accompagnée) :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Municipalité (secteur):** |  Code postal : |
| **Téléphone :** |  |
| **Courriel :** |  |
| **Date de naissance et âge :** | Naissance : Âge :  |
| **Diagnostic(s):** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autres particularités connues** *(Allergies, phobies, etc.)***:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Numéro assurance-maladie :** |  |
| **Prénom et nom de la mère :** |  |
| **Adresse mère (facultatif) :** |  |
| **Téléphone :** |  Cell. : |
| **Courriel :** |  |
| **Prénom et nom du père :** |  |
| **Adresse père (facultatif)** |  |
| **Téléphone :** |  Cell. : |
| **Courriel :** |  |
| **Autre (en cas d’urgence) :** |  |
| **Téléphone :** |  Cell. : |

**Soins particuliers (*Hygiène, habillement, alimentation, déplacement, transfert, etc.*) :**

**Problème de santé, traitements, besoins particuliers, médication :**

**Routine de la personne (s’il y a lieu) :**

**Intérêts, préférences dans les jeux, activités, sports, loisirs, etc. :**

**Piste d’intervention / Approche à privilégier avec la personne :**

**A-t-il un protocole d’intervention? Une fiche de désescalade?** Oui ☐ Non ☐

*Si oui, SVP veuillez nous en faire parvenir une copie.*

**Y a-t-il un(e) intervenant(e) au dossier?** Oui ☐ Non ☐

Nom de l’intervenant(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas de besoin, nous permettez-vous de communiquer et d’échanger des informations à son sujet?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelles sont ses coordonnées? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTIMATION DES BESOINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre d’heures estimées par semaine ou par mois :** |  |
| **Fréquence et journées (La semaine et/ou la fin de semaine?) (De jour, de soir et/ou de nuit) :** |  |
| **Quelles sont vos attentes face au service rendu? :** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Quelles tâches voulez-vous que l’accompagnateur réalise avec la personne accompagnée?** |  |
| **Quel est le but de l’accompagnement? (ex : gardiennage, loisirs, objectifs à travailler, intervention, etc.)**  |  |

☐ ***Je reconnais que les informations fournies sont exactes et accepte qu’elles soient transmises aux accompagnateurs/accompagnatrices du service de répit-gardiennage L’Accalmie.***

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

*N.B. L’Accalmie est un service de répit-gardiennage de gré à gré entre les accompagnateurs (trices) et la famille*. *Le tarif horaire suggéré est entre 13.10$ et 15$. L’Accalmie offre un service personnalisé de jumelage, mais n’intervient pas dans les ententes convenues entre les deux parties.*

 **Retourner ce formulaire d’inscription à l’Accalmie**



 laccalmie@hotmail.ca 85-A, rue du Grand-Tronc

 Lévis, Qc

 418-831-7582 G6K 1C3