

# Formulaire d'inscription – Transition à la vie



Critères d'éligibilité au programme :

- **Un diagnostic du spectre de l'autisme (syndrome de l'Asperger)**
- **Être préférablement entre 18 et 28 ans (programme adaptable selon l'âge)**
- **Un haut niveau de motivation pour atteindre les objectifs du cours**
- **Un parent, tuteur ou aidant naturel engagé et impliqué**
- **Présence obligatoires aux sessions hebdomadaires et compléter les travaux nécessaires**
- **La capacité d'assister au cours et de compléter un stage de façon autonome**

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE ____/____/____ (jj/mm/aaaa)	ÂGE:
ADRESSE	VILLE
PROVINCE:	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	CELLULAIRE/AUTRE
COURRIEL	
SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transgenre	LANGUE MATERNELLE
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE
NOM : _____	( ) ____ - _____
NOM : _____	( ) ____ - _____
SITUATION RÉSIDENTIELLE ACTUELLE:	
<input type="checkbox"/> Maison familiale <input type="checkbox"/> Maison privée <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil <input type="checkbox"/> Autre - spécifier :	

# Formulaire d'inscription – Transition à la vie

## 1. PREMIER DIAGNOSTIC ET AUTRES BESOINS

Une copie du diagnostic est nécessaire lors de la rencontre, dans la mesure du possible.

---

---

---

---

## 2. MÉDICATION OUI / NON      CONDITION STABILISÉE?      OUI / NON

Veuillez préciser :

---

---

---

---

## 3. AUTRES CONDITIONS MÉDICALES (par exemple : diabète, allergies, hypertension, etc.)

OUI /  NON /  INCONNU

Si oui, préciser :

---

---

---

---

---

## 4. HISTORIQUE DE TROUBLES COMPORTEMENTAUX      OUI / NON

Par exemple: agression physique et/ou verbale, menaces, intimidation, comportement sexuel inapproprié, auto-mutilation, violence envers soi-même et/ou les autres?

Si oui, préciser:

---

---

---

---

---

## 5. NIVEAU DE FONCTIONNEMENT COGNITIF?      MOYEN / ÉLEVÉ

---

---

---

---

---

## 6. IMPLICATION OU CONFLIT AVEC LA LOI OU LE SYSTÈME JUDICIAIRE?

OUI /  NON

Si oui, indiquer l'incident ainsi que la (les) date(s)...

---

---

---

---

---

# Formulaire d'inscription – Transition à la vie

## 7. SOURCES DE REVENUS (Cocher tout ce qui s'applique)

- POSPH (ODSP)       Ontario au travail       Soutien familial  
 Commission de la sécurité et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB)  
 Employé ou travailleur indépendant       Assurance emploi (EI)

Autres (S.V.P. préciser) : \_\_\_\_\_

## 8. PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ

- Études secondaires non-complétées  
 Diplôme d'études secondaires →  Théorique /  Appliqué  
 Études post-secondaires non-complétées  
 Diplôme collégial ou universitaire  
 Certificat/diplôme d'une école de métier

## 9. S.V.P. indiquer votre historique d'emploi et/ou de bénévolat (en commençant par le plus récent).

---

---

---

---

---

---

## 10. Décrivez vos intérêts personnels (loisirs, sports, etc.).

---

---

---

---

---

## 11. Énumérer vos forces et vos faiblesses (Dans quel domaine êtes-vous doué? Que devez-vous améliorer?)

---

---

---

---

---

---

# Formulaire d'inscription – Transition à la vie

12. Pourquoi aimeriez-vous participer au programme Transition à la vie?

---

---

---

---

13. Énumérez 3 objectifs que vous aimeriez atteindre au cours du programme :

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Comment avez-vous entendu parler de ce programme?

---

---

---

15. Recevez-vous actuellement des services ou du soutien d'autres agences? Si oui, préciser :

---

---

---

16. Décrivez vos activités habituelles dans une journée.

---

---

---

---

---

17. Qu'allez-vous faire en septembre?

---

---

---

---

---

18. Qu'aimeriez-vous faire dans 5 ans d'ici?

---

---

---

---

# Formulaire d'inscription – Transition à la vie

## Section des parents

1. Indiquer trois objectifs pour votre jeune adulte à accomplir: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2. Veuillez indiquer et expliquer toute condition spéciale que nous devrions savoir. (Joindre une feuille libre si nécessaire): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3. Êtes-vous disponible pour offrir un soutien à votre jeune adulte tout au long du projet et d'assister à deux sessions de 2 heures? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

Toute information sur ce formulaire est confidentielle.  
Si vous avez besoin d'assistance ou vous avez des questions en lien avec ce formulaire,  
veuillez communiquer avec nous.

Contact:  
*Patricia O'Connor*  
Directeure de projet, Integrated Autism Consulting  
[www.integratedautismconsulting.com](http://www.integratedautismconsulting.com)  
Courriel: [patriciaoconnor@rogers.com](mailto:patriciaoconnor@rogers.com)