

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
Courriel: patriciaoconnor@rogers.com