

## DEMANDE D'OUVERTURE DE DOSSIER – FICHE DE RENSEIGNEMENT

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

#### L'enfant

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Sexe\* :  Féminin  Masculin

Date de naissance (AAA/MM/JJ)\* : ..... Âge : .....

École : ..... Année scolaire : .....

Activité sportive favorite : .....

---

#### Premier responsable familial

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Sexe\* :  Féminin  Masculin

Date de naissance (AAA/MM/JJ)\* : .....

---

#### Deuxième responsable familial

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Sexe\* :  Féminin  Masculin

Date de naissance (AAA/MM/JJ)\* : .....

---

#### Coordonnées

Adresse\* : .....

Ville et Province\* : ..... Code postal\* : .....

Téléphone (principal)\* : ..... Téléphone (secondaire) : .....

Adresse courriel\* : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Handicap

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience physique        | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement, troubles psychologiques   |
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale légère  | <input type="checkbox"/> Déficience mentale modérée ou sévère                |
| <input type="checkbox"/> Handicap lié à une maladie | <input type="checkbox"/> Troubles instrumentaux, troubles de l'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle        | <input type="checkbox"/> Déficience auditive                                 |
| <input type="checkbox"/> Autisme                    | <input type="checkbox"/> Troubles du langage (dysphasie)                     |

Autres : .....

Spécifications si une case est cochée :

.....

.....

.....

---

### Besoins particuliers (s'il y a lieu)

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Marchette | <input type="checkbox"/> Manipulation d'objets |
| <input type="checkbox"/> Canne            | <input type="checkbox"/> Toilette  | <input type="checkbox"/> Alimentation          |

Autres : .....

Spécifications si une case est cochée :

.....

.....

.....

---

### Prise de médicaments\* (jour/heure/détails) :

.....

.....

.....

**Intervenant 1**

*(Le plus récent intervenant auprès de votre enfant. Ex : physiothérapeute)*

Nous donnez-vous la permission de le contacter?  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Établissement : .....

Adresse courriel : .....

Téléphone (bureau) : ..... Téléphone (autre) : .....

Description de l'intervention :

.....  
.....  
.....

---

**Intervenant 2**

Nous donnez-vous la permission de le contacter?  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Établissement : .....

Adresse courriel : .....

Téléphone (bureau) : ..... Téléphone (autre) : .....

Description de l'intervention :

.....  
.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Y a-t-il d'autres choses que nous devrions connaître à propos de votre enfant ?

.....  
.....  
.....

Y a-t-il une recommandation particulière de la part des parents et/ou des thérapeutes ?

.....  
.....  
.....

Intérêt particulier pour les services offerts :

.....  
.....  
.....

Renonciation au droit à l'image :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo et filmé pour des fins publicitaires en rapport avec la Fondation du collège Regina Assumpta\* ?  Oui  Non

Vos remarques et suggestions sont les bienvenues :

.....  
.....  
.....

Je certifie être le parent ou le tuteur légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorité légale pour l'inscrire au Volet Enfants en tête de la Fondation du collège Regina Assumpta.

Nom en lettres moulées

Signature

.....