



la maison  
maguire

# **INSCRIPTION ET AUTORISATIONS**

**Avril 2025 à Mars 2026**



**COLLECTE DE DONNÉES 2025-2026**  
**(OBLIGATOIRE ANNUELLEMENT)**



Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Langue de communication :  français  anglais

Nom du père : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

**Nom du ou des tuteur(s) légaux ou du curateur légal (titre) :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Identification de la résidence actuelle** :  Parent  Famille d'accueil  R.I.  RPA  Autres

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Personnes à contacter en cas d'urgence. La personne doit être disponible en tout temps durant le séjour.**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Il est très important de remplir cette section :**

Nom de l'éducateur/éducatrice spécialisé(e) : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Nom du travailleur/ travailleuse sociale : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone :

**Diagnostic médical**

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère
<input type="checkbox"/> Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Déficiences physiques	<input type="checkbox"/> Paralysie	<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> TCC
	<input type="checkbox"/> Hémiparésie	<input type="checkbox"/> Auditif	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention (TDA)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité limite <input type="checkbox"/> Autres : _____		
<input type="checkbox"/> Trouble du langage	<input type="checkbox"/> Bégaiement <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Non-verbal <input type="checkbox"/> Retard de langage <input type="checkbox"/> Autres : _____		

**FICHE SANTÉ**

Diabète :  Non  Type 1  Type 2  À insuline

Prise de glycémie capillaire:  Non  Oui À quelle fréquence :

Échelle d'insuline  Non  Oui

Épilepsie  Non  Oui Date de la dernière crise :

Manifestation de la crise :

Haute pression  Non  Oui

Basse pression  Non  Oui

Asthme/Trouble respiratoire  Non  Oui

Trouble cardiaque  Non  Oui (ex. : crise cardiaque, angine, arythmie...) Explication :

Trouble urinaire  Non  Oui (ex.: infection à répétition) Explication :

## FICHE SANTÉ (SUITE)

Vaccin contre l'hépatite B  Non  Oui  
Porteur ou atteint de l'hépatite B  Non  Oui  
Hémophile  Non  Oui  
Prise d'un anti-coagulant  Non  Oui Lequel :

### Antécédents médicaux :

(Ex : angine de poitrine, pneumonie à répétition, fracture/entorse impactant la mobilité, cancer, etc.)

---

---

---

### Évènement(s) marquant(s) :

(ex. : déménagement, décès, maladies, autres...)

---

---

---

### **Allergie(s) causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques; qui nécessite un auto-injecteur d'adrénaline (ex.: EpiPen) ou la prise d'un antihistaminique (ex. : reactine)**

Soya	<input type="checkbox"/> Oui	Fruits de mer :	<input type="checkbox"/> Oui
Gluten	<input type="checkbox"/> Oui	Noix :	<input type="checkbox"/> Oui
Arachides	<input type="checkbox"/> Oui	Poisson :	<input type="checkbox"/> Oui
Lactose	<input type="checkbox"/> Oui	Fruits :	<input type="checkbox"/> Oui
Œufs	<input type="checkbox"/> Oui	Animaux :	<input type="checkbox"/> Oui
Latex	<input type="checkbox"/> Oui	Pénicilline :	<input type="checkbox"/> Oui
Pollen	<input type="checkbox"/> Oui	Amoxicilline :	<input type="checkbox"/> Oui
Foins	<input type="checkbox"/> Oui	Piqûres d'insectes :	<input type="checkbox"/> Oui

Autres :

### Manifestation(s) clinique(s) à (aux) allergie(s) en cas de contact avec cet (ces) allergène(s) :

---

---

---

---

### **Intolérance(s) : (pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autres malaises) :**

---

---

---

---

## MÉDICAMENT(S) PERSONNEL(S)

### DOSETTE DE MÉDICAMENTS ET CARTE D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

S.V.P., bien vouloir remplir la liste des médicaments (POSOLOGIE)

Liste des médicaments du participant					
Nom	Dosage	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher

**Moyens pour faciliter la prise du médicament :**

Eau  Jus  Compote  Yogourt  Broyé  Autre :

### PRISE DE MÉDICAMENT(S) EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel de la Maison Maguire à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments suivants ou leur équivalent générique :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tyléol, Tempra etc.) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin, etc.)          |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol, etc.)          | <input type="checkbox"/> Laxatif (jus de pruneau, suppositoire, Lax-A Day) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Bénadryl, etc.)    | <input type="checkbox"/> Anti-Diarrhée (Immodium)                          |
|   | <input type="checkbox"/> Autre : _____                                     |

J'autorise le personnel de la Maison Maguire à intervenir en cas d'accident afin que les premiers soins soient apportés et que la personne soit transportée à l'hôpital en cas de besoin:  Oui  Non

Advenant un problème de santé majeur (arrêt cardiorespiratoire ou autres), est-ce que vous autorisez les personnes certifiées à tenter de réanimer le participant à l'aide du défibrillateur avant l'arrivée des ambulanciers?

- Oui  
 Non **Si non, une feuille d'autorisation médicale de la part du médecin est obligatoire.**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

## COMPORTEMENTS

<b><u>Comportement non désiré</u></b> Description du comportement	
<b><u>Pendant :</u></b> Interventions suggérées	
<b><u>Après :</u></b> Intervention favorisant le retour	
<b><u>Interventions préventives</u></b> <b><u>suggérées</u></b>	

**Informations supplémentaires** (Irritants, peurs, situation anxiogène, dépendances, TOC, etc.)

---

---

---

**Notez que la Maison Maguire pourra mettre fin en tout temps à un répit en cours si le participant a des comportements violents mettant en péril l'intégrité des autres participants ou du personnel et si le participant a des problèmes importants de désorganisation.**

- Est-il(elle) éveillé(e) à la sexualité :     Non     Oui    Que fait-il (elle)?

---

---

- Quelles sont ses activités de loisir préférées individuelles :

---

---

---

- Quelles sont ses activités de loisir préférées de groupe :

---

---

---

## HYGIÈNE

<b>Je me lave</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide/supervision <input type="checkbox"/> Quelqu'un doit me laver	<b>Je me brosse les dents</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide
<b>Je préfère</b>	<input type="checkbox"/> Douche debout <input type="checkbox"/> Douche sur chaise adaptée <input type="checkbox"/> Bain adapté supervisé en tout temps <input type="checkbox"/> Bain adapté avec un lève-patient	<b>Je prends soin de ma prothèse dentaire</b>	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Aucune
<b>Je porte une culotte d'incontinence</b>	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Le jour seulement <input type="checkbox"/> La nuit seulement <input type="checkbox"/> En tout temps	<b>Autres produits d'hygiène</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : Quand :
<b>Élimination</b>	<b>Vésicale</b>	<b>Intestinale</b>	
	Normale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Fréquence : Incontinence occasionnelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Normale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Fréquence : Incontinence occasionnelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sujet à la constipation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sujet à la diarrhée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<b>Autres soins particuliers</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Le(s)quel(s)?		
AUTRES BESOINS			
<b>Je m'habille</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide/avec supervision <input type="checkbox"/> Quelqu'un doit m'habiller	<b>Je porte une</b>	<input type="checkbox"/> Orthèse OÙ: <input type="checkbox"/> Prothèse OÙ : <input type="checkbox"/> Autres:
<b>Je me déplace</b>	<input type="checkbox"/> Seule(e) sans aide <input type="checkbox"/> Avec canne/tripode/quadrupode <input type="checkbox"/> Ceinture de marche <input type="checkbox"/> Marche accompagnée <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> Marchette/déambulateur <input type="checkbox"/> Autres :		
<b>Les transferts</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> 1 pers. en pivot <input type="checkbox"/> À 2 pers. <input type="checkbox"/> Avec lève-patient		
<b>Mon audition est</b>	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Je porte des appareils auditifs <input type="checkbox"/> Sourde	<b>Ma vue est</b>	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Je porte des lunettes <input type="checkbox"/> Je suis aveugle, on doit me guider
<b>Ma compréhension</b>	<input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible	<b>Je m'exprime</b>	<input type="checkbox"/> Normalement <input type="checkbox"/> Par gestes <input type="checkbox"/> Peu ou pas <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/> Tablette

## ALIMENTATION

<b>Je mange...</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> On doit me nourrir	<b>Particularités</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Coupé finement <input type="checkbox"/> Purée texturée <input type="checkbox"/> Purée lisse <input type="checkbox"/> Autres :
<b>Je bois...</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Verre adapté <input type="checkbox"/> Avec une paille <input type="checkbox"/> On doit me faire boire	<b>Liquides épaissis</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Texture : <input type="checkbox"/> Nectar <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Pouding</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Miel</div> <input type="checkbox"/> Avec quoi épaissir :
<b>Pour déjeuner, je bois ...</b>	<input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Tisane <input type="checkbox"/> Jus <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Autres : <i>À noter que nous n'offrons pas de café/thé pour l'heure du souper.</i>		
<b>Pour le dîner, je bois ...</b>	<input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Tisane <input type="checkbox"/> Jus <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Autres : <i>À noter que nous n'offrons pas de café/thé pour l'heure du souper.</i>		
<b>Diète particulière</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Expliquez? (ex. : sans sucre, sans sel...)		
<b>Je ne mange pas de ...</b>	<input type="checkbox"/> Je mange de tout <input type="checkbox"/> Je n'aime pas : <input type="checkbox"/> Je suis très difficile/rigide, donc je préfère manger :		

## SOMMEIL

<b>Heure du réveil/lever</b>		<b>Heure du coucher</b>	
<i>À noter que l'heure maximale du coucher à la Maison Maguire est à 22h00</i>			
<b>Sieste</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois en AM ou PM <input type="checkbox"/> Oui en Am ou PM		
<b>Je me réveille la nuit</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Oui Expliquez :		
<b>Particularités</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Monter les ridelles de lit <input type="checkbox"/> Positionnement dans le lit <input type="checkbox"/> Besoin de suivre sa routine ( <i>prendre le temps d'expliquer la routine avant le départ</i> ) <i>Si je dors avec un toutou ou une couverture, svp, bien vouloir l'apporter lors du répit</i>		



## **AUTORISATIONS**

### **AUTORISATION DE DÉPLACEMENT**

J'autorise \_\_\_\_\_ (nom du participant) à effectuer des déplacements occasionnellement pour des sorties extérieures de groupe dans un véhicule du personnel de La Maison Maguire ou d'une compagnie de transport et dont l'assurance est en vigueur.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

### **AUTORISATION DE DROIT DE PHOTOS ET VIDÉOS**

À La Maison Maguire, il est de pratique courante de prendre des photos lors des activités ou des sorties.

Ces photos pourraient être diffusées par courriel, sur le site web et la page Facebook de la Maison Maguire, dans les documents administratifs, lors d'expositions photos, lors d'une campagne de financement ou de toutes autres activités relatives à l'établissement.

J'autorise La Maison Maguire à diffuser les photos sur lesquelles \_\_\_\_\_ (nom du participant) apparaît comme figurant(e) dans le cadre de l'une ou l'autre des activités ci-haut mentionnées.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

### **AUTORISATION AUX ACTIVITÉS NAUTIQUES**

J'autorise \_\_\_\_\_ (nom du participant) à participer aux activités nautiques : pédalo, canot, baignade, kayak et planche à pagaie. Une veste de flottaison est OBLIGATOIRE et lui sera fournie par la Maison Maguire.

Exception (s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

## AIDE-MÉMOIRE POUR LE CONTENU DE LA VALISE

Répit de fin de semaine (3 jours et 2 nuits)	Répit d'été et répit de relâche (5 jours et 4 nuits)
<input type="checkbox"/> Pyjamas (2)	<input type="checkbox"/> Pyjamas (3)
<input type="checkbox"/> Pantoufle (1)	<input type="checkbox"/> Pantoufle (1)
<input type="checkbox"/> Sous-vêtements (3)	<input type="checkbox"/> Sous-vêtements (5)
<input type="checkbox"/> Paire de bas (3)	<input type="checkbox"/> Paire de bas (5)
<input type="checkbox"/> Chandails manches longues ou manches courtes(3)	<input type="checkbox"/> Chandails manches longues ou manches courtes(5)
<input type="checkbox"/> Pantalon long ou court (3)	<input type="checkbox"/> Pantalon long ou court (5)
<input type="checkbox"/> Soulier/ espadrilles/ sandales (1)	<input type="checkbox"/> Soulier/ espadrilles/ sandales (1)
<input type="checkbox"/> Savon pour le corps/ Savon pour les cheveux	<input type="checkbox"/> Savon pour le corps/ Savon pour les cheveux
<input type="checkbox"/> Brosse à dents/ Pâte à dents	<input type="checkbox"/> Brosse à dents/ Pâte à dents
<input type="checkbox"/> Doudou/Toutou (si besoin)	<input type="checkbox"/> Doudou/ Toutou (si besoin)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour dentier (si besoin)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour dentier (si besoin)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour la barbe (rasoir, crème)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour la barbe (rasoir, crème)
<input type="checkbox"/> Peigne ou brosse à cheveux	<input type="checkbox"/> Peigne ou brosse à cheveux
<input type="checkbox"/> Déodorant	<input type="checkbox"/> Déodorant
<input type="checkbox"/> Serviette sanitaire ou culotte d'incontinence (si besoin)	<input type="checkbox"/> Serviette sanitaire ou culotte d'incontinence (si besoin)
<input type="checkbox"/> Pantalon d'hiver/ mitaine/ tuque/ foulard	<input type="checkbox"/> Pantalon d'hiver/ mitaine/ tuque/ foulard (hiver)
<input type="checkbox"/> Nécessaire pour appareil auditif (si besoin)	<input type="checkbox"/> Nécessaire pour appareil auditif (si besoin)
<input type="checkbox"/> Manteau léger/coupe vent	<input type="checkbox"/> Manteau léger
	<input type="checkbox"/> Maillot de bain/Serviette de plage
	<input type="checkbox"/> Chapeau/Casquette
	<input type="checkbox"/> Crème solaire et chasse moustique

\*\* Des objets personnels comme Ipad, Switch, des livres et d'autres objets occupationnels similaires peuvent être inclus dans la valise (ils doivent être identifiés). **Cependant, nous ne sommes aucunement responsables des pertes, oublis, des bris ou vols. Il est de votre responsabilité de vérifier le contenu de la valise avant le départ.**

\*\* Les vêtements et les effets personnels doivent **obligatoirement être identifiés.**

\*\* La crème solaire et le chasse-moustique sont **obligatoires.**

\*\* Les médicaments doivent **OBLIGATOIREMENT** être en dosette (dispill).

**À noter que le contenu de la valise varie selon les saisons.**

**Veillez prévoir des vêtements, médicaments, épaisseur à liquide pour la durée complète du séjour en quantité suffisante. Cela nous évitera de faire du lavage (5\$ la brassée) et de faire des achats qui vous seront facturés, ainsi que des frais d'administration et de déplacement, en cas de besoin.**