|  |  |
| --- | --- |
|  | Autisme sans limites  **Demande d’admission**  **2021/2022** |

**VOTRE NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\*Les informations recueillies dans ce formulaire sont confidentielles, seul le personnel d’Autisme sans limites et de ses partenaires, ayant un contact direct avec les jeunes, y auront accès.*

PROGRAMMES ASL 2021/2022

**Des programmes réguliers ou ponctuels pour répondre aux besoins fondamentaux**

**des jeunes adultes autistes de haut niveau de fonctionnement**

**Veuillez inscrire un X aux programmes qui vous intéressent.**

|  |  |
| --- | --- |
| Les CLUBS…**pour vivre ses passions et cultiver ses relations** |  |
| * Le Club des soirées d’antan!   **Après-midi ou soirées de jeux de société** |  |
| * Les soirées du LOFT   **Activités variées pour le simple plaisir d’être ensemble !** |  |
| * Ici on jase !   **De tout et de rien !** |  |
| * Club de rencontres d’ASL   **À la recherche de l’amitié ou de l’amour… (Pré-requis : L’Art de prendre soin des gens qu’on aime)** |  |
| * Cherche et trouve   **Chasses aux trésors et rallyes, en ville et ailleurs** |  |
| * Les Clubs des passionnés   **Ateliers variés : humour, écriture, cuisine, couture, photos, astronomie, échecs, ornithologie, plein air, etc...** |  |
| * Bienvenue à Autisme sans limites   **Comité d’accueil d’ASL \*Ponctuel** |  |
| * Club des ambassadeurs d’ASL   **Les sceptiques seront confondus…** |  |
| * Les voyages forment la jeunesse   **Du petit déplacement au gros voyage : pour vivre au maximum ! \*Ponctuel** |  |
| Le BIEN-ÊTRE…**pour prendre soin de sa santé et nourrir son esprit** |  |
| * Yoga   **Pour le bien du corps et la paix de l’esprit…** |  |
| * L’Art dans tous ses états **(MBAM)**   **Exploration des émotions via l’art visuel et l’art-thérapie, au Musée des Beaux-Arts de Montréal** |  |
| * L’Art dans tous ses états **(GBC et TNM)**   **Exploration des émotions via la danse et le théâtre avec les Grands ballets canadiens et le TNM** |  |
| * Cuisiner santé, c’est facile et… c’est bon! **(ITHQ)**   **Développer son autonomie en cuisine et de saines habitudes alimentaires** |  |
| * À vos marques… Prêts? BOUGEZ !   **Activités physiques et de plein air** |  |
| * Ça marche!   **Club de marche et de plein air : On met un pied devant l’autre et on avance !** |  |
| * L’Art de prendre soin des gens qu’on aime… **(Programme PEERS)**   **Développer, approfondir et entretenir de bon liens avec les autres (Pré-requis au Club de rencontres)** |  |
| * Une vie amoureuse et sexuelle saine et épanouie… **(Ateliers sur les relations intimes)**   **De précieux conseils pour mettre toutes les chances de notre côté…** |  |
| Le PROJET DE VIE…**pour développer son autonomie et construire sa vie** |  |
| * En route vers l’autonomie   **Développement de son autonomie; prise en charge de sa vie, de sa santé physique et mentale, de ses relations; finances et consommation; justice et lois; démocratie et implication citoyenne; déplacements et voyages; autonomie résidentielle, employabilité et marché du travail; etc..** |  |
| * À la rencontre de ma société   **Conférences, entretiens et visites pour mieux comprendre sa société et en côtoyer ses acteurs clés** |  |
| * Les Studios d’ASL   **Exploration de différents milieux de travail et expérimentation de différents métiers** |  |
| * Les aînés ont de la belle visite!   **On visite nos aînés isolés pour un coup de main, une partie de cartes ou une jasette** |  |
| * De chez-nous à … chez-moi!   **Soutien à la transition vers l’autonomie résidentielle \*Ponctuel au besoin** |  |
| * Besoin d’un coup de main?   **Mentorat autiste, parce que d’autres comme moi sont passés par là avant moi \*Ponctuel** |  |

*\*La tenue de chacun des programmes sera confirmée lors de l’inscription et dépendra du nombre de jeunes intéressés à s’y inscrire. Notez qu’en raison de la pandémie, il est possible que certains programmes soient offerts de façon virtuelle ou reportés.*

VOTRE DISPONIBILITÉ

**Je suis disponible à temps plein, de jour ou de soir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Je suis disponible à temps partiel aux moments suivants :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **AM** | **PM** | **SOIR** |
| **LUNDI** |  |  |  |
| **MARDI** |  |  |  |
| **MERCREDI** |  |  |  |
| **JEUDI** |  |  |  |
| **VENDREDI** |  |  |  |
| **SAMEDI** |  |  |  |
| **DIMANCHE** |  |  |  |

INFORMATIONS

|  |
| --- |
| **Participant.e** |
| **NOM :** |
| **COURRIEL :** |
| **NO. DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE :** |
| **PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE :**  **(nom et numéro de téléphone)** |
| **Ma date de naissance (Jour/Mois/Année) :** |
| **Genre inscrit officiellement aux registres gouvernementaux : Masculin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Je m’identifie comme une femme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un homme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de genre indéterminé\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Mon adresse complète (+ code postal) :** |
| **Arrondissement (si j’habite Montréal) :** |
| **Téléphone résidence :** |
| **Langues parlées :**   * **Français\_\_\_\_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Langues écrites :**   * **Français\_\_\_\_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Situation de résidence :**   * **Vit avec sa famille** * **Vit seul** * **Vit en couple** * **Vit en colocation** |
| **Mobilité (plusieurs réponses possibles)**   * **Je me déplace en transport adapté : Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Je me déplace en transport en commun : Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Je me déplace à vélo : Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Des membres de ma famille me conduisent : Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Je conduis une voiture : Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** |
| **Équipements électroniques et applications auxquels vous avez accès**   * **Téléphone intelligent Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Tablette (I-pad) Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Ordinateur MAC Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **Ordinateur PC Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **J’utilise Zoom Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **J’utilise Facetime Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** * **J’ai une page Facebook Oui \_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_** |
| **Père** |
| **Nom :** |
| **Courriel:** |
| **Numéro de téléphone cellulaire:** |
| **Numéro de téléphone résidence :** |
| **Adresse complète + code postal (si différente) :** |
| **Occupation :** |
| **Mère** |
| **Nom :** |
| **Courriel:** |
| **Numéro de téléphone cellulaire:** |
| **Numéro de téléphone résidence :** |
| **Adresse complète + code postal (si différente) :** |
| **Occupation :** |
| **Fratrie** |
| **Noms et âges des sœurs et frères :** |
| **Quotidien/Études/Travail/Loisirs** |
| **Routine quotidienne (heures habituelles des repas, du sommeil, de l’hygiène) :** |
| **Occupation au cours de la dernière année (inscrire toutes vos occupations régulières)**   * **Au travail (endroit, titre du poste, tâches) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **À l’école (niveau, endroit, domaine d’études) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **Bénévolat (endroits, tâches) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **Rien de régulier** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Niveau de scolarité complété :** |
| **Diplôme obtenu et domaine d’études :** |
| **Expériences de travail antérieures (incluant stages) + années :** |
| **Clubs sociaux ou de loisirs, équipes sportives ou autres activités au cours des 2 dernières années :** |
| **Principaux intérêts :** |
| **Forces et talents particuliers :** |
| **Ambitions personnelles et professionnelles :** |
| **Projet de vie :**   * **Retourner à l’école**   Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_\_\_   * **Travailler**   Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_\_\_   * **Vivre de façon autonome, seul.e ou en colocation**   Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_\_\_   * **Habiter avec mes parents**   Oui\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_ Je suis déjà parti.e \_\_\_\_\_   * **Avoir un amoureux ou une amoureuse**   Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_\_\_   * **Me marier ou vivre avec ma/mon conjoint.e**     Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_\_\_   * **Avoir des enfants**   Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_\_\_ |
| **Les raisons pour lesquelles je veux m’inscrire à ASL :** |
| **Informations médicales et comportementales** |
| **Avez-vous une preuve de vaccination contre la covid?:** |
| **Numéro d’Assurance-maladie + date d’expiration (obligatoire):** |
| **Médecin de famille (nom, courriel et numéro de téléphone) :** |
| **Diagnostic officiel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Posé par qui et en quelle année? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Suivis professionnels et/ou médicaux actuels (médecin, psychiatre, psychologue, psychoéducateur, travailleur social, éducateur spécialisé, orthophoniste, nutritionniste, autres professionnels)**  **Nom, courriel et no de téléphone des professionnels :** |
| **Médications et dosages (facultatif) :** |
| **Usage de :**   * **Cannabis  Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **Alcool  Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **Autres drogues  Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **Cigarettes  Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **Vapoteuse Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_ Fréquence\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Allergies : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   * **Degrés : léger, modéré, sévère** * **Épipen : OUI ou NON. Si oui : Avez-vous besoin d’aide pour l’administrer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Autres conditions médicales que nous devrions connaître (trouble anxieux, troubles de l’humeur, colères, idées ou comportements suicidaires, asthme, épilepsie, alcoolisme, toxicomanie, autres…) :** |
| **Avez-vous déjà été hospitalisé?:**  **Si oui, en quelle année?:**  **Combien de temps?:** |
| **Peurs ou craintes particulières :** |
| **Difficultés et/ou comportements problématiques :** |
| **Quelles situations déclenchent ces difficultés et/ou comportements?** |
| **Comment doivent réagir les intervenants en cas de stress important ou de difficultés ?** |
| **Y a-t-il des choses importantes qui ont changé dans votre vie, au cours des deux dernières années?** |
| **Y a-t-il autres choses que nous devrions savoir sur vous et qui nous aiderait à mieux vous aider?** |
| **Information additionnelle** |
| **De quelle façon ou par qui avez-vous pris connaissance de nos services?** |
| **Références** |
| **Nom, courriel et numéro de téléphone de deux personnes qui vous connaissent bien parmi les suivantes :**   * Travailleur.euse social.e, psychologue, psychiatre, psychoéducateur.trice, éducateur.trice spécialisé.e * Professeur.e ou enseignant.e * Employeur.e (actuel.le ou ancien.ne)   **#1 Nom :**  **Courriel :**  **Téléphone :**  **#2 Nom :**  **Courriel :**  **Téléphone :**  **Veuillez les aviser qu’il est possible que nous les contactions et les autoriser à nous parler.** |

**\* Transmettre ce formulaire en format .doc à** [**info@autismesanslimites.org**](mailto:info@autismesanslimites.org)

**NB. Ne pas convertir en format .pdf**

**MERCI !**

|  |
| --- |
| **RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION** |
|  |