|  |  |
| --- | --- |
|  |  Autisme sans limites**Demande d’admission**  |

CANDIDAT.E

**NOM DE FAMILLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLERGIES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***\*Veuillez consulter la description de notre clientèle à*** [***https://autismesanslimites.org/nos-programmes/a-qui-sadressent-nos-programmes/***](https://autismesanslimites.org/nos-programmes/a-qui-sadressent-nos-programmes/) ***et répondre ensuite à toutes les questions.***

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

|  |
| --- |
| **Information sur le candidat ou la candidate** |
| **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) :** |
| **Mon pays de naissance :** |
| **Mon statut au Canada :*** **Citoyen.ne canadien.ne : Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Résident.e permanent.e Oui\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Autre statut (à détailler) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
| **Genre inscrit officiellement aux registres gouvernementaux : Masculin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_\_\_\_\_\_****Je m’identifie comme : Une femme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Un homme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **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 \_\_\_\_\_\_**
 |
| **Mon père** |
| **Nom :** |
| **Courriel:** |
| **Numéro de téléphone cellulaire:**  |
| **Numéro de téléphone résidence :** |
| **Adresse complète + code postal (si différente) :** |
| **Occupation :** |
| **Ma mère** |
| **Nom :** |
| **Courriel:** |
| **Numéro de téléphone cellulaire:**  |
| **Numéro de téléphone résidence :** |
| **Adresse complète + code postal (si différente) :** |
| **Occupation :** |
| **Mes sœurs et frères** |
| **Noms et âges des sœurs et frères :**  |
| **Mes occupations**  |
| **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) + de quelle année à quelle année?**  |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_* **Vivre avec ma conjointe ou mon conjoint**

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 ? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****En quelle année? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Êtes-vous suivi par un ou des professionnels parmi les suivants : médecin, psychiatre, psychologue, psychoéducateur, travailleur social, éducateur spécialisé, orthophoniste, nutritionniste, autres ?** **Si oui, veuillez indiquer leur nom, leur profession, leur courriel et leur numéro de téléphone et quelle est la fréquence du suivi :**  |
| **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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Détails :** * **Degrés : léger, modéré, sévère**
* **Épipen : OUI ou NON. Si oui : Avez-vous besoin d’aide pour l’administrer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
| **Autres conditions médicales (trouble anxieux, troubles de l’humeur, colères, idées ou comportements suicidaires, asthme, épilepsie, alcoolisme, toxicomanie, TOC, autres…) :** |
| **Avez-vous déjà été hospitalisé? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Si oui, en quelle année? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Combien de temps? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Pour quelle raison? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Peurs ou craintes particulières :**  |
| **Comment se manifeste l’autisme dans votre cas? Quelles sont vos difficultés associées à l’autisme :** |
| **Comportements qui peuvent causer des problèmes, à vous ou à votre entourage :** |
| **Quelles situations déclenchent ces difficultés et/ou comportements?** |
| **Comment doivent réagir les intervenants en cas de stress important ou autres difficultés ?** |
| **Avez-vous déjà eu affaire avec la justice ?** |
| **Si oui, dans quelles circonstances?** |
| **Avez-vous déjà été reconnu coupable d’un délit criminel ou tout autre délit ?** |
| **Avez-vous des antécédents judiciaires ?**  |
| **Y a-t-il autres choses que vous pouvez nous dire à votre sujet et qui nous aiderait à mieux vous aider?** |
| **Y a-t-il des choses importantes qui ont changé dans votre vie, au cours des deux dernières années?**  |
| **Information additionnelle** |
| **De quelle façon ou par qui avez-vous pris connaissance de nos services?** |
| **Nom de la personne qui a complété le formulaire :****Lien avec le candidat ou la candidate :** |
| **Références (OBLIGATOIRES)** |
| **Références de deux personnes qui vous connaissent bien parmi les suivantes :*** Employeur.e (actuel.le ou ancien.ne)
* Professeur.e ou enseignant.e (actuel.le ou ancien.ne)
* Travailleur.euse social.e, psychologue, psychiatre, psychoéducateur.trice, éducateur.trice spécialisé.e

**Personne référée #1**Nom : Profession ou métier : Courriel : Téléphone :**Personne référée #2**Nom : Profession ou métier Courriel : Téléphone :**Veuillez les aviser qu’il est possible que nous les contactions et les autoriser à nous parler.**  |

**Je soussigné (votre nom en lettres détachées)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**certifie que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont exactes.**

**Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PROGRAMMES D’ASL 2022/2023

**Pour répondre aux besoins fondamentaux des jeunes adultes autistes de haut niveau de fonctionnement**

Inscrire un X aux programmes qui vous intéressent. Veuillez noter qu’il ne s’agit pas d’une inscription mais d’une marque d’intérêt. Notez également que nous ne garantissons pas la tenue de tous ces programmes.

|  |  |
| --- | --- |
| 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, karaoké, guitare au coin du feu, etc.)** |  |
| * Cherche, trouve et... prends une photo!

**Chasses aux trésors et rallyes, en ville et ailleurs**  |  |
| * Ciné-Club d’ASL

**Une soirée cinéma en vrai ou ... sur zoom!** |  |
| * Les Clubs des passionnés

**Ateliers variés : humour, écriture, cuisine, couture, photos, astronomie, échecs, ornithologie, etc..** |  |
| * Club de rencontres d’ASL

**À la recherche de l’amitié ou de l’amour…** **(Pré-requis :** Des relations harmonieuses… ça se cultive ! **et admission confirmée par le Comité de sélection)** |  |
| 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 -**Beaux arts et création** **(MBAM)**

**Exploration des émotions via l’art visuel et la création artistique au Musée des Beaux-Arts de Montréal** |  |
| * L’Art dans tous ses états -**Danse/Théâtre/Théâtre documentaire** **(GBC/TNM/Cie Porte-parole)**

**Exploration des émotions via la danse et le théâtre avec les Grands ballets, le TNM et la cie Porte-Parole.** |  |
| * 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 ! **et** Le LOFT au parc

**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 !**  |  |
| * Des relations harmonieuses… ça se cultive! **(Programme PEERS)**

**Développer, approfondir, entretenir de bonnes relations avec les autres-Pré-requis au** Club de rencontres d’ASL |  |
| * Des relations harmonieuses… ça se pratique!

**On fait de l’impro avec les pros de la Ligue nationale d’impro!** |  |
| * Une vie intime saine et épanouie… **(Avec l’équipe d’Isabelle Hénault de la Clinique Autisme et Asperger)**

**Précieux conseils pour bien vivre ses relations amoureuses et sexuelles**  |  |
| Le PROJET DE VIE…**pour développer son autonomie et construire sa vie** |  |
| * En route vers l’autonomie — **(Programme sur 2 ou 3 jours /semaine)**

**Développement de son autonomie; prise en charge de sa vie et de ses relations, de sa santé physique et mentale; 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**  |  |
| * De chez-nous à … chez-moi!

**Soutien à la transition vers l’autonomie résidentielle \*Ponctuel au besoin**  |  |

VOTRE DISPONIBILITÉ

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

**ou**

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

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

**\* Transmettre ce formulaire en format word à** **info@autismesanslimites.org**

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

**MERCI !**

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