|  |  |
| --- | --- |
|  |  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 de la mienne) :** |
| **Occupation :** |
| **Ma mère** |
| **Nom :** |
| **Courriel:** |
| **Numéro de téléphone cellulaire:**  |
| **Numéro de téléphone résidence :** |
| **Adresse complète + code postal (si différente de la mienne) :** |
| **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, leur numéro de téléphone et 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 pouvant causer des problèmes, à vous ou à votre entourage :** |
| **Quelles situations déclenchent ces comportements ?** |
| **Comment doivent réagir les intervenants en cas de stress important ?** |
| **Avez-vous des antécédents judiciaires ? Avez-vous déjà été reconnu coupable d’un délit criminel ou tout autre délit ?** |
| **Si oui, lequel?** |
| **Avez-vous déjà eu affaire avec la justice ?** |
| **Si oui, dans quelles circonstances?** |
| **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 vous pouvez nous dire à votre sujet et qui nous aiderait à mieux vous aider?** |
| **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 exacts\*.**

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

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

**\*Toute fausse déclaration pourra entraîner votre retrait de notre organisme.**

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. Notez qu’il ne s’agit pas d’une inscription mais d’une marque d’intérêt.

Nous ne pouvons pas garantir votre participation aux programmes qui vous intéressent ni garantir la tenue de 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 !** **(Karaoké, soirée dansante, guitare au coin du feu, 5 à 7 mocktails, party de Noël, party d’Halloween, etc.)** |  |
| * Ici on jase!

**De tout et de rien!** |  |
| * Cherche et trouve !

**Chasses aux trésors et rallyes, en ville et ailleurs**  |  |
| * On sort en gang !

**En ville, à la campagne, au jardin, au musée, au resto, au théâtre, au festival, etc..**  |  |
| * Les Clubs des passionnés

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

**Une soirée cinéma en vrai ou ... en groupe sur zoom!** |  |
| * Des relations harmonieuses, ça se pratique! **(Programme PEERS)**

**Développer, approfondir et entretenir de bons liens avec les autres!****\*Peut être exigé comme pré-requis pour être admis au** Club de rencontres d’ASL |  |
| * Une vie intime saine et épanouie

**Précieux conseils pour bien vivre ses relations amoureuses et sexuelles** **\*Peut être exigé comme pré-requis pour être admis au** Club de rencontres d’ASL |  |
| * Club de rencontres d’ASL + Site privé **(en développement)**

**À la recherche de l’amitié et de l’amour…** **\*\*Admission devra être confirmée par Comité de sélection** |  |
| * Les voyages forment la jeunesse

**Du petit déplacement au gros voyage, pour vivre au maximum! \*Reporté à une année ultérieure** |  |
| Le BIEN-ÊTRE…**pour prendre soin de sa santé et nourrir son 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 et Théâtre** **(GBC/TNM)**

**Exploration des émotions via la danse et le théâtre avec les Grands ballets et le TNM**  |  |
| * L’Art dans tous ses états -**Théâtre documentaire** **(Porte-parole)**

**On prend la parole via le théâtre documentaire avec la compagnie Porte-parole** |  |
| * L’Art dans tous ses états -**Musique** **(en développement)**
 |  |
| * Cuisiner santé, c’est facile et… c’est bon! **(ITHQ)**

**On développe son autonomie en cuisine et de saines habitudes alimentaires à l’ITHQ** |  |
| * À vos marques… Prêts? BOUGEZ ! **et** Le LOFT au parc

**On bouge et on s’active via une foule d’activités physiques, sportives et de plein air** |  |
| * Ça marche!

**Club de marche en plein air : On met un pied devant l’autre et on avance !**  |  |
| * Yoga

**Pour le bien du corps et la paix de l’esprit…**  |  |
| * Programme d’art martial **(en développement)**
 |  |
| 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 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; développement de son employabilité, 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** |
|  |