|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*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. 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** | **Icon, square  Description automatically generated** |
| * 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 et 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** | **Une image contenant texte, transport, roue, matériel  Description générée automatiquement** |
| * 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 et entretenir de bons liens avec les autres. Pré-requis au** Club de rencontres d’ASL |  |
| * Des relations harmonieuses... ça se pratique!   **On fait de l'impro avec des pros de la Ligue nationale d'impro** |  |
| * Une vie intime saine et épanouie... **(Avec l'équipe d'Isabelle Hénault de la Clinique d'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**](mailto:info@autismesanslimites.org)

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

**MERCI !**

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