|  |  |
| --- | --- |
|  |  Autisme sans limites**Demande d’admission 2023-2024**  |

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**

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sais pas \_\_\_\_\_ C’est déjà le cas \_\_\_\_\_* **Vivre de façon autonome avec un.e colocataire**

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 pouvant vous causer des problèmes ou en causer à votre entourage :** |
| **Quelles situations déclenchent ces difficultés et/ou comportements?** |
| **Comment doivent réagir les intervenants en cas de désorganisation ou de stress important?** |
| **Avez-vous déjà eu affaire avec la justice ?** |
| **Si oui, dans quelles circonstances?** |
| **Avez-vous déjà été reconnu coupable d’un délit criminel ou de 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Je confirme que les informations fournies sont véridiques (à signer lors de la première rencontre).***

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

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

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** |  |  |  |

PROGRAMMES D’ASL 2023/2024

**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 plaisir! (Karaoké, soirée dansante ou au coin du feu, 5 à 7 mocktails, partys,...)** |  |
|  Ici on jase! **De tout et de rien!** |  |
| Ciné-Club d’ASL ! **Des soirées cinéma en vrai ou... sur zoom!** |  |
| 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, photos, astronomie, échecs, ornithologie, lecture, tricot, etc..** |  |
| FORFAIT RELATIONS |  |
|  Des relations harmonieuses, ça se pratique! **(PEERS)**  **Développer, approfondir et entretenir de bons liens avec les autres!**  **\*Peut être exigé comme prérequis 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 prérequis pour être admis au** Club de rencontres d’ASL  |  |
|  Club de rencontres d’ASL “**Speedfriending/Sloooow…dating ! “** **À la recherche de l’amitié, de l’amour ou.... d’un coloc!** **\*\*Réservé à une clientèle spécifique, processus d’admission** |  |
|  Le BIEN-ÊTRE… **pour prendre soin de sa santé et nourrir son esprit** |  |
| L’Art dans tous ses états **Beaux-arts et création**  **Au Musée des Beaux-Arts de Montréal** |  |
|  L’Art dans tous ses états **Danse et Théâtre**  **Aux Grands ballets/TNM** |  |
| L’Art dans tous ses états **Humour****Avec l'École Nationale de l'Humour** |  |
| Cuisiner santé, c’est facile et… c’est bon! **Développer son autonomie en cuisine et de saines habitudes alimentaires à l’ITHQ** |  |
|  À vos marques… Prêts? BOUGEZ ! **On bouge et on s’active via une foule d’activités physiques 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…**  |  |
| Le PROJET DE VIE…**pour développer son autonomie et construire sa vie** |  |
|   En route vers l’autonomie**Prise en charge de sa vie et 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 et connaissance du 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**  |  |
| Entre étudiants, on se serre les coudes !  **Un groupe où les étudiants peuvent discuter de leurs défis et échanger des astuces entre eux** |  |
|  Les Studios d’ASL **Exploration de différents milieux de travail et expérimentation de différents métiers**  |  |

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

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



**MERCI !**

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