

**Fiche du participant
(Fréquentation semaine et activités)**

Coordonnées		
Nom et Prénom :		Date d'entrée :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Date de naissance :		Numéro de téléphone :
Personne autorisée à venir chercher :		
Grandeur de T-Shirt (Unisex): S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL <input type="checkbox"/>		
Grandeur de Cotton Ouaté (Unisex): S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 2XL <input type="checkbox"/>		

Informations personnelles							
Type de participant : <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> Activités <input type="checkbox"/> Non-membre (ex. danse)							
Type d'hébergement : <input type="checkbox"/> famille naturelle <input type="checkbox"/> Seul en appartement <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Autre, précisez :							
Entente concernant les paiements : Retrait Direct <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> # _____ Entente de service <input type="checkbox"/> Tous les participants doivent s'inscrire au retrait direct à l'exception des personnes sur la curatelle publique et en entente de service avec le Ciuuss.							
Jours de fréquentation demandés (9h à 15h)	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi		
Inscrit au remboursement de transport : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si Oui) indiquez la date de début :							
Numéro d'aide social pour le remboursement de transport :							
Numéro d'assurance maladie :			Expiration :				
Allergies/intolérances :							
Diagnostic de déficience :	Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Légère	Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Moyenne	Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Profonde	Syndrome de Down (Trisomie 21) <input type="checkbox"/>	Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/>	Paralysie Cérébrale <input type="checkbox"/>	Traumatisme Crânien <input type="checkbox"/>
Autres Diagnostics	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Allergies/Intolérances <input type="checkbox"/> Trouble santé mentale <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Autres						
Précisez (Exemple : fréquence et durée des crises, signes précurseurs, symptômes, etc.)							

CONSENTEMENT

Consentement à la collecte et à la conservation des renseignements personnels

Je consens à ce que l'organisme *Les Fantastiques* ou la *Fondation Constance Langlois* recueille, utilise et conserve mes renseignements personnels dans le cadre de ma participation à titre de membre, bénévole ou employé·e. Ces informations sont recueillies uniquement à des fins administratives, légales et organisationnelles, afin d'assurer une gestion efficace des ressources humaines et du bon fonctionnement des activités de l'organisme.

Je comprends que mes renseignements seront traités de manière confidentielle, conservés de façon sécuritaire et accessibles uniquement aux personnes autorisées.

Je reconnais également avoir été informé·e de mes droits d'accès, de rectification ou de retrait de mon consentement en tout temps, en communiquant avec la personne responsable de la protection des renseignements personnels.

Nom de la personne en lettres moulées

Signature _____

Date de la signature _____

USAGE INTERNE – Groupes de caractéristiques

- Groupe MEMBRE ENGAGÉ (bénévoles actifs)
- Groupe MEMBRE CONTRIBUTEUR (soutien financier annuel)
- Groupe EMPLOYÉS
- Groupe CA FANTASTIQUES
- Groupe CA FONDATION
- Groupe CLÉ et CODES