

2024

FICHE D'INFORMATIONS DE L'USAGER



**L'ARC-EN-CIEL**  
**R P P H**  
REGROUPEMENT DE PARENTS ET  
DE PERSONNES HANDICAPÉES

Nom :

Photo

L'ARC-EN-CIEL, RPPH

25 Sainte-Marie

Montmagny, G5V 2R6

<b>Prénom et nom du membre utilisateur</b>			<b>Date de naissance :</b>	
<b>Numéro assurance maladie</b>				
<b>Intervenant.e au dossier du membre utilisateur</b>	DPDAR	Nom :	Tel :	
		Courriel :		
	CLSC	Nom :	Tel :	
		Courriel :		
	Autre :	Nom :	Tel :	
		Courriel :		

<b>Adresse</b>		<b>Municipalité</b>	
		<b>Code postal</b>	

<b>Diagnostic</b>	Déficience intellectuelle	DI légère		
		DI moyenne		
		DI profonde		
	Déficience physique	Précisez :		
	Trouble du spectre de l'autisme	Niveau 1		
		Niveau 2		
		Niveau 3		
	Autre	Précisez :		

<b>Personne responsable à rejoindre en cas d'urgence (2) OBLIGATOIRE</b>		<b>Liens</b>	<b>Téléphone principal</b>	<b>Autre numéro tel.</b>
Nom :				
Nom :				

<b>Allergies alimentaires, médicamenteuses et autres</b>	<b>Intolérances alimentaires</b>

<b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>	Précisez :	
<b>ALIMENTATION</b>	Je suis autonome	Précisez :
	J'ai besoin d'une aide partielle	
	J'ai besoin d'une aide complète	
	J'utilise des ustensiles adaptés	
<b>COMMUNICATION</b>	Je communique verbalement	Précisez :
	Je suis non verbal	
	Je communique avec un moyen adapté à ma situation	
<b>HABILLEMENT</b>	Je suis autonome	Précisez :
	J'ai besoin d'une aide partielle	
	J'ai besoin d'une aide complète	
<b>HYGIÈNE CORPORELLE</b>	Je suis autonome	Précisez :
	J'ai besoin d'une aide partielle	
	J'ai besoin d'une aide complète	
<b>SOMMEIL (endormissement et routine)</b>	Précisez :	
<b>INTÉRÊTS/GOÛTS</b>	Précisez :	

**INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER**

COMPORTEMENTS	INTERVENTIONS

## MÉDICATION

### MATIN

Médicaments	Aspect	Heure	Indication

### MIDI

Médicaments	Aspect	Heure	Indication

### SOIR

Médicaments	Aspect	Heure	Indication

### BESOINS SPÉCIFIQUES

Médicaments	Aspect	Heure	Indication

### FACTURATION ET PAIEMENT

Les services fournis par l'organisme seront facturés à la personne mentionnée ci-bas.

Vous recevrez la facture par courriel. La facture devra être payée dans les 30 jours suivant sa réception.

- Parent ou responsable
- Intervenant.e au dossier
- Curateur public
- Autre :

Nom :

Courriel :

Adresse si différente du membre :

**IMPORTANT** *Seules les factures envoyées au curateur public seront envoyées par la poste.  
Dans un souci environnemental, nous privilégions le courriel pour toutes nos communications.  
Des frais postaux seront chargés pour obtenir la facturation papier.*

---

### AUTORISATION DE PRISE D'IMAGES – PHOTOS ET VIDÉOS

- J'autorise la prise d'images de \_\_\_\_\_ et l'utilisation de ces dernières dans un objectif de promotion des activités de L'Arc-en-Ciel RPPH. Je comprends que cette autorisation est valide dès sa signature et peut être retirée à tout moment.
- Je n'autorise pas la prise d'images.

---

### ATTESTATION DE CONFORMITÉ DU FORMULAIRE

J'atteste avoir rempli le formulaire au meilleur de mes connaissances et j'affirme que les informations inscrites sont véridiques.

Je comprends que la rétention volontaire d'information pourrait nuire au travail des intervenant.e.s et pourrait mettre en danger la sécurité et l'intégrité du membre et du personnel.

Je comprends que la rétention volontaire d'information pourrait mettre fin aux services.

**Nom de la personne ayant rempli le**

**formulaire :** \_\_\_\_\_

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

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