

AMUSE'ACTION**Afternoon care for people over the age of 12 residing with their natural families**

Registration is on a first come first serve basis. Places are limited. Please return all the completed forms with a recent photo and a cheque for the first month's payment of \$235 including annual registration fee of \$15 before August 19, 2016. This payment can also be made by credit card (form included in the registration package). Your application will not be processed until your completed package is received.

PLACE: 14400 Gouin, Pierrefonds**TELEPHONE:** 438-391-8291**HOURS :** 2 pm to 6 pm, Monday to Friday**START:** Monday August 29, 2016 until Thursday June 22, 2017**CLOSURES:** September 5, October 10, April 14, April 17, May 22***You will not receive further notification****It is possible there could be more closures at which time you will be notified by email.***Winter holiday:** from December 21, 2016 until January 9, 2017**COST:** Full time (three or more days per week): \$220 per month

Part time (less than two days per week): \$110 per month

Occasional: \$25 per day

Please note that there will be a cost of \$1 per minute if a participant is picked up past 6pm.

CONTACT: Tracy Wrench 514-694-6531 ext. 218 recreation@wiah.qc.ca*****If the participant wears diapers, please send a sufficient quantity along with a change of clothes.***

PARTICIPATION : Although every effort will be made to accommodate individual needs, to participate in WIAIH's Amuse' Action program, the following conditions will apply: 1. Annual Recreation registration fee must be paid. 2. The program fees must be paid upon registration. Arrangements in special circumstances may be made by speaking to the Coordinator. 3. WIAIH's Amuse' Action registration form must be filled out in order to provide individualized service. 4. Participants must carry identification stating their name, address, telephone number and the parent/caregiver's name. 5. Transportation is the responsibility of the participant (no one should leave more than 15 minutes after the end of the program). WIAIH reserves the right to send participants home in 'cash fare' taxis if they are not picked up in a reasonable amount of time (½ hour after the program ends). 6. Ongoing communication and cooperation with the guardian is required 7. Participants who require too much staff time or attention on a regular basis will be asked to leave the program or to make their own arrangements for a companion to accompany them

AMUSE'ACTION**Service de gardiennage d'après-midi pour les personnes de 12 ans et plus qui vivent avec leur famille naturelle**

L'inscription se fait sur une base de premier arrivé, premier servi. Les places sont limitées. Veuillez svp retourner les formulaires dûment remplis, une photo de votre enfant ainsi qu'un chèque de 235\$ (couvrant le premier mois 220 \$, plus 15 \$ de frais d'inscription annuels) avant le 19 août, 2016. Vous pouvez également payer par carte de crédit. (Veuillez remplir le formulaire ci-joint). Votre inscription sera complète lorsque toute la documentation aura été reçue.

LIEU : 14400 Gouin, Pierrefonds**TÉLÉPHONE :** 438-391-8291**HEURES :** 14h à 18h, lundi au vendredi**DATES :** lundi le 29 août 2016 au jeudi le 22 juin 2017**FERMETURES :** 5 septembre, 10 octobre, 14 avril, 17 avril, 22 mai**Congé d'hiver:** du 21 décembre 2016 au 9 janvier 2017

Aucun autre avis ne vous sera transmis .

D'autres fermetures peuvent survenir, nous vous aviserons à ce moment par courriel .

COÛT: Temps plein (trois jours par semaine ou plus): 220\$ par mois
Temps partielle (deux jour par semaine ou moins): 110\$ par mois
Occasionelle: 25\$ par jour

Veillez noter qu'il y aura des frais de 1\$ par minute lorsque le participant(e) quitte après 18h.

PERSONNECONTACT: Tracy Wrench, 514-694-6531, poste 218; recreation@wiah.qc.ca

****Si le/la participant/e porte des couches, s.v.p. nous en faire parvenir une quantité suffisante ainsi que des vêtements de rechange.**

RÈGLEMENTS. Bien que le personnel fasse tout le nécessaire pour que les personnes inscrites puissent participer à l'un de nos programmes, les conditions suivantes s'appliquent: **1.** Tout participant doit payer les frais de participation annuels. **2.** Les frais annuels au programme doivent être payés au moment de l'inscription. Toutefois, si des conditions particulières prévalent, une entente peut s'établir avec la coordonnatrice. **3.** Les formulaires d'inscription au programme Amuse' Action de WIAIH doivent être remplis en prenant soin d'inclure tous les renseignements pertinents afin que le personnel puisse répondre aux besoins individuels des participants. **4.** Les participants doivent porter en tout temps une carte d'identité avec leur nom, numéro de téléphone et le nom de leur tuteur. **5.** Le transport du participant entre le domicile et WIAIH (et inversement) est la responsabilité du gardien/responsable. Les participants sont priés de quitter l'activité au plus tard 15 minutes après la fin de celle-ci. WIAIH se réserve le droit de retourner le participant à sa résidence en taxi, à ses frais, une demi heure après la fin de l'activité. **6.** La communication et le soutien du gardien/responsable sont nécessaires. **7.** Un participant qui requiert une attention trop soutenue de la part du personnel sera demandé de quitter le programme ou devra s'assurer d'obtenir les services d'un accompagnateur.

PARTICIPANT

NOM / LAST NAME _____

PRÉNOM / FIRST NAME _____

ADRESSE / ADDRESS _____

#, *RUE/STREET*

APT

VILLE / CITY

CODE POSTAL/ POSTAL CODE

TÉLÉPHONE / TELEPHONE () _____

Courriel/email: _____

RÉSIDENCE / HOME

NOM TUTEUR/PARENT

CAREGIVER/PARENT NAME _____

TÉLÉPHONE

TELEPHONE _____

Téléphone d'urgence durant le programme (14h – 18h30)

Emergency telephone number during program (2pm-6:30pm) _____

D'ASSURANCE MALADIE

MEDICARE # _____

Date d'expiration

Expiry date _____

PHOTO INCLUSE

PHOTO ATTACHED

DOSSIER TRANSPORT ADAPTÉ

ADAPTED TRANSPORT FILE # _____

TRAVAILLEUR/SE SOCIAL/E

SOCIAL WORKER NAME _____

TÉLÉPHONE

TELEPHONE _____

ÉDUCATEUR/TRICE

EDUCATOR _____

TÉLÉPHONE

TELEPHONE _____

DESCRIPTION DU PARTICIPANT

PARTICIPANT DESCRIPTION

ÂGE

AGE _____

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH

(année – mois – jour) / (year – month – day) _____

HANDICAP

ASSOCIATED DISABILITY _____

SEXE / SEX _____

LANGUE / LANGUAGE

PARLÉE / SPOKEN

FRANÇAIS / FRENCH

ANGLAIS / ENGLISH

AUTRE / OTHER ↓

COMPRISE / UNDERSTOOD

FRANÇAIS / FRENCH

ANGLAIS / ENGLISH

AUTRE / OTHER ↓

COMMUNICATION			
COMMUNICATION			
	OUI / YES	NON / NO	NOTES
Peut comprendre une conversation Understands a conversation			
Suit des directives simples Follows simple directions			
Comprend une série de 2 ou 3 phrases Understands a series of 2 or 3 phrases			
Peut participer à une conversation Can participate in a conversation			
Utilise des pictogrammes Uses pictograms			
Exprime ses besoins.../ Expresses needs using...			
	OUI / YES	NON / NO	NOTES
à l'aide de mots words			
à l'aide de sons sounds			
à l'aide de gestes gestures			
LE PARTICIPANT EST-IL CAPABLE DE			
Can the participant perform the following tasks independently?			
	OUI / YES	NON / NO	NOTES
S'habiller seul Get dressed alone			
Reconnaître ses effets personnels Recognize his/her belongings			
Replacer ses vêtements à l'endroit convenu Put his/her belongings back in the appropriate place			
Lacer ses souliers Tie their shoes			
POUR LES DEUX PROCHAINES SECTIONS, UTILISEZ LES CODES SUIVANTS FOR THE NEXT TWO SECTIONS USE THE FOLLOWING CODES			
1... COMPLÈTEMENT AUTONOME / COMPLETELY INDEPENDENT			
2... BESOIN DE RAPPEL / NEEDS TO BE REMINDED			
3... BESOIN D'AIDE VERBALE / NEEDS VERBAL HELP			
4... BESOIN D'AIDE PHYSIQUE / NEEDS PHYSICAL HELP			
MOBILITÉ PHYSIQUE			
PHYSICAL MOBILITY			
Lorsqu'il est supervisé, est-ce que le participant peut...			
When supervised can the participant...			
	Code (1 – 4)	Notes	
Se déplacer seul à l'intérieur Walk alone when inside a building			
Se déplacer seul à l'extérieur Walk alone when outside a building			
Se déplacer seul sur un terrain accidenté Walk alone on natural terrain			
Monter et descendre des escaliers Walk alone up and down stairs			

HYGIÈNE PERSONNELLE PERSONAL HYGIENE			
Est-ce que le participant peut accomplir les tâches suivantes de façon autonome? Can the participant perform the following tasks independently?			
	<i>Code (1 – 4)</i>	<i>Notes</i>	
Se laver les mains Wash his/her hands			
Changer sa serviette sanitaire Change sanitary napkins			
Aller à la chambre de bain Use the toilet			
ALIMENTATION ET ÉLIMINATION DIET AND ELIMINATION			
Appétit Appetite			
Diète spéciale? Special diet?			
Aliments préférés Favourite foods			
Aliments qu'il n'aime pas Disliked foods			
Incontinence (journée)... fréquence? Incontinency (daytime)... frequency?			
Porte des couches? Wear diapers?			
Assistance requise Assistance required			
Comment le participant exprime-t-il qu'il/elle doit aller aux toilettes? How does the participant express that they need to use the washroom?			
Autres renseignements: Other information:			
COMPORTEMENTS BEHAVIOUR			
Est-ce que le participant a tendance à réagir de la façon suivante?/ Does the participant have a tendency to react in the following ways?			
	OUI / YES	NON / NO	NOTES
AGRESSION PHYSIQUE / PHYSICAL AGRESSION			
Lance des objets / Throws objects			
Donne des coups / Hits			
Fait mal aux autres / Causes harm to others			
Si "oui" comment?/ If "yes" how?			
AUTOMUTILATION / SELF-MUTILATION			
FUGUES / TENDENCY TO RUN AWAY			
TENDANCE À FUIR / TENDENCY TO WANDER OFF			
AGRESSION VERBALE / VERBAL AGRESSION			
Cris / Screams			
Menaces verbales / Verbal threats			
Langage offensif / Offensive language			
Mange des objets inanimés (ex. billes) will the participant eat inanimate objects (ie beads)			

#4. Comment peut-on faciliter cette adaptation?

How can we make their adaptation to the new environment easier?

#5. Le participant a-t-il des inquiétudes que nous devrions connaître? Si oui, lesquelles?

Does the participant have any fears that we should be aware of? If yes, which ones?

#7. Quelles sont ses activités préférées?

What are his/her favourite activities?

#8. Quelles sont les activités les moins aimées? What are the activities he/she likes least?

#9. Quelles sont ses attitudes envers de nouveaux groupes?

What are his/her attitudes in a new group?

POUR LES PERSONNES AYANT DE L'ASTHME
FOR PEOPLE WHO HAVE ASTHMA

Est-ce que le participant a de l'asthme? /Does the participant have asthma
Si oui, est-ce qu'il/elle a un pompe pour l'asthme? / If so do they have a pump?

OUI / YES	NON / NO	NOTES

Quand est-ce qu'il/elle utilise la pompe?/ When does he/ she use the inhaler? _____

Un maximum de combien de fois par jour?/ For a maximum of how many times per day? _____

POUR LES PERSONNES ÉPILEPTIQUES
FOR PEOPLE WHO HAVE EPILEPSY

L'épilepsie est-elle contrôlée au moyen de médicaments?
Is the epilepsy controlled by medication?

Quel type de convulsions a-t-il?

What type of seizures does the adult have?

Est-ce que vous faites quelque chose de spécial en cas de convulsion?

How should we intervene in the case of a seizure?

Est-ce que le participant peut simuler des convulsions? Comment?

Can the participant simulate seizures? If so, how?

Est-ce que le participant démontre des signes précurseurs? Lesquels?

Does the participant display warning signs? What are they?

POUR LES PERSONNES DIABÉTIQUES
FOR PEOPLE WHO HAVE DIABETES

Avez-vous des consignes particulières?

Do you need to give us any particular instructions? _____

PROTHÈSE PROSTHESIS		OUI / YES	NON / NO	NOTES
Verres correctifs Corrective eyeglasses				
Appareil pour malentendant Hearing aid				
Est-il capable de s'en occuper lui-même? Are they able to take care of the prosthesis alone?				
Autre type de prothèse Other type(s) of prosthesis				
ALLERGIES ALLERGIES		OUI / YES	NON / NO	NOTES
Est-ce que le participant a des allergies? Does the participant have any allergies?				
Si oui, lesquelles?/ If so, what are they?				
Quelle sorte de réaction allergique a-t-il/elle?/ What kind of allergic reaction does he/ she have?				
Est-ce que vous faites quelque chose de spécial en cas de réaction allergique? How should we intervene in the case of an allergic reaction?				
Est-ce qu'il/elle a un epipen? / Does he/ she have an epipen?			OUI / YES	NON / NO
Si oui, où se trouve l'Epipen?/ If yes, where is the epipen kept?			_____	
INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE SUPPLEMENTARY INFORMATION				
LE PARTICIPANT A-T-IL D'AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ QUE NOUS DEVRIONS CONNAÎTRE? SI OUI, VEUILLEZ NOUS INDIQUER LES CONSIGNES PARTICULIÈRES À CET ÉGARD. AU BESOIN, AJOUTEZ UNE FEUILLE. DOES THE PARTICIPANT HAVE ANY OTHER HEALTH PROBLEMS THAT WE SHOULD BE AWARE OF? IF SO, PLEASE SPECIFY ANY PARTICULAR INTERVENTIONS WE SHOULD USE IF REQUIRED. ADD A SHEET IF NECESSARY.				
MÉDICAMENTS MEDICATION				
Est-ce que le participant doit prendre des médicaments durant Amuse' Action (14h00-18h00)? Si oui, quoi et quand? Does the participant require medication during Amuse' Action (2pm-6pm). If yes, what and when?				
Si le participant nécessite des PRN, les procédures écrites sur quand et pourquoi les donner DOIVENT être incluses. If the participant requires PRN, the written procedure of when and why to give it MUST BE included!				

MÉDICAMENTS (SUITE)

MEDICATION (CON'T)

LE PARTICIPANT EST-IL AUTONOME DANS SA PRISE DE MÉDICAMENTS?

IS THE PARTICIPANT ABLE TO TAKE HIS MEDICATION BY HIM/HERSELF?

OUI / YES	NON / NO	NOTES

COMMENTAIRES / RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

ADDITIONAL COMMENTS / INFORMATION

Nom du parent ou tuteur

Name of parent or guardian

SIGNATURE

DATE

(année-mois-jour) / (year-month-day)



SERVICES • SUPPORT • LEADERSHIP

Au service des personnes ayant
une déficience intellectuelle ou l'autisme
Serving people with intellectual handicaps or autism

111 Donegani · Pointe-Claire · QC · H9R 2W3
info@wiaih.qc.ca · www.wiaih.qc.ca
t 514-694-7090 · f 514-694-5839

Autorisation de divulgation de renseignements confidentiels
Permission to share confidential information

Par la présente, je _____ (en lettres moulées) accorde la permission à WIAIH de divulguer des renseignements sur (prénom et nom de famille du participant) _____ (en lettres moulées) dans le cadre du programme Amuse' Action. J'autorise WIAIH à divulguer les informations issues des sources suivantes ainsi que les informations communiquées à WIAIH par le biais de ces mêmes sources.

- Le programme récréatif où sera inscrit le participant
- Le compagnon qui accompagnera le participant à ce même programme
- CLSC
- Le centre de réadaptation qui fournit les services au participant (veuillez spécifier)
 - CROM (Centre de Réadaptation de l'Ouest-de-l'Île de Montréal)
 - Centre de Réadaptation Lisette Dupras
 - Centre Miriam
 - Autre: _____

Je consens à ce que les renseignements personnels, qui sont à défaut protégés par une entente de non-divulgation, soient communiqués à WIAIH par les sources susmentionnées, et que WIAIH puisse communiquer des informations confidentielles à ces mêmes sources.

Toute information divulguée sera utilisée exclusivement aux fins des services de WIAIH ou communiquée aux sources susmentionnées, et, faute de quoi, demeurera confidentielle en vertu de l'entente de non-divulgation de WIAIH.

I _____ give permission for WIAIH to share information about (participant name and family name) _____ to be used for the purposes of Amuse' Action. I give permission for WIAIH to share information from the following sources, and to share information that had been given to WIAIH with the following sources.

- The recreation program that the participant will be attending
- The companion that will accompany the participant to said program
- The CLSC
- The Readaptation centre that the participant receives services from (please specify)
 - WMRC (West Montreal Readaptation Centre)
 - Centre de Réadaptation Lisette Dupras
 - Centre Miriam
 - Other: _____

I agree that personal information, which is otherwise protected by confidentiality agreements, may be communicated with WIAIH by the sources specified above, and that WIAIH may communicate confidential information with the sources specified above.

Any information which is shared will only be shared for purposes of WIAIH services or with the sources listed above, and it's confidentiality will be kept in accordance with WIAIH's confidentiality agreement.

Date

Signature

TRANSPORT (Amuse'Action)

Nom du/de la participant(e) / Name of participant : _____

DOSSIER TA / AT FILE # _____

Nos. de téléphone / Phone number(s) : _____

Adresse / Address: _____

Nom du parent ou tuteur / Name of parent or guardian _____

Aller-retour / Coming and leaving: _____

Transport adapté / Adapted Transport [oui/yes] [non/no]

Autobus Scolaire / School bus [oui/yes] [non/no]

Aller chercher / To be picked up [oui/yes]

Les SEULES personnes autorisées à quitter avec votre enfant sont

The ONLY people authorized to leave with your child are:

1. **Nom** / Name : _____

Lien avec le participant: _____

Relationship to the participant: _____

No. téléphone / Phone number: _____

Adresse / Address: _____

2. **Nom** / Name: _____

Lien avec le participant: _____

Relationship to participant: _____

No. téléphone / Phone number: _____

Adresse / Address: _____

3. **Nom** / Name: _____

Lien avec le participant: _____

Relationship to the participant: _____

No. téléphone / Phone number: _____

Adresse / Address: _____

Quelle que soit la circonstance, une personne dont le nom ne figure pas sur la liste ci-dessus ne sera pas autorisée à quitter avec l'enfant

Anyone whose name is not on the list will not be allowed to leave with the participant under any circumstances.

Signature: _____

Date : _____



SERVICES • SUPPORT • LEADERSHIP

Au service des personnes ayant
une déficience intellectuelle ou l'autisme
Serving people with intellectual handicaps or autism

111 Donegani · Pointe-Claire · QC · H9R 2W3
info@wiah.qc.ca · www.wiah.qc.ca
t 514-694-7090 · f 514-694-5839

AMUSE' ACTION 2016-2017

Nom du participant /Participant name: _____

SVP compléter et indiquer les périodes où le participant sera présent.
Please fill in when you would like for the participant to attend the program.

Heure/ Time Jour/ Day	lundi Monday	mardi Tuesday	mercredi Wednesday	jeudi Thursday	vendredi Friday
14h-15h/ 2pm-3pm					
15h-16h/ 3pm-4pm					
16h-17h/ 4pm-5pm					
17h-18h/ 5pm-6pm					

Autre/ Other: _____

Veillez encercler les options qui vous intéressent :
Please circle below if you would be interested in the following:

Quelques journées pédagogiques durant l'année scolaire

During the day on certain ped days
8h30 -18h

OUI / YES NON / NO

Présent à compter de midi le mercredi (un supplément de 25 \$ par mois)

Starting at 12pm on Wednesdays (an extra charge of \$25 per month)

OUI / YES NON / NO

