

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Avant de compléter ce formulaire d'inscription, veuillez vous assurer de répondre à tous les critères d'admissibilité.

SECTION A – INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT			
Renseignements personnels			
Nom		Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Date de naissance
Adresse			
Ville		QC	Code postal
Téléphones	Résidence	Cellulaire	
Adresse électronique			
Milieu de vie actuel			
Lieu d'habitation	<input type="checkbox"/> Famille naturelle	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	
	<input type="checkbox"/> Logement (<i>Voir questions suivantes</i>)	<input type="checkbox"/> Autres	
Si vous habitez en logement , habitez-vous seul ?			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Depuis combien de temps y habitez-vous ?			
Pourquoi voulez-vous quitter votre logement actuel ?			
Devez-vous donner un avis de départ ?			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si <u>oui</u>, de combien de temps ?			
Occupations journalières			
Quelle est votre principale occupation le jour?		<input type="checkbox"/> Bénévolat	<input type="checkbox"/> École
<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Stage ou atelier	<input type="checkbox"/> Intégration au travail (Plateau)	<input type="checkbox"/> Retraite
Si autre(s) , veuillez préciser			
Fréquentation	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Nombre d'heure par semaine :

Information sur le revenu	
Veuillez indiquer votre revenu brut annuel *Veuillez fournir une copie de votre avis de cotisation provinciale.	
SECTION B - SANTÉ	
Diagnostic	
Veuillez indiquer votre diagnostic <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle légère (DIL)	
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle moyenne (DIM)	<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
* Veuillez fournir la preuve de votre diagnostic (formulaire médical).	
Informations complémentaires	
Médicament(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Santé	
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> Limitation physique	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Autre(s)
Si <u>autre(s)</u>, veuillez préciser	
Allergies(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si <u>oui</u>, veuillez préciser	
Information sur le répondant ou le représentant légal	
Nom	Prénom
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre Veuillez préciser	
Adresse	
Ville	QC Code postal
Téléphones Résidence	Cellulaire
Adresse électronique	

Intervenant professionnel	
Bénéficiez-vous d'un suivi par un professionnel du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si <u>oui</u>, veuillez nous fournir les informations suivantes	
Nom	Prénom
Titre professionnel	
CISSSMO / CLSC	
<input type="checkbox"/> Huntingdon <input type="checkbox"/> Salaberry-de-Valleyfield	
<input type="checkbox"/> Vaudreuil-Soulanges	
Téléphone	
<input type="checkbox"/>	J'accepte que le coordonnateur ou la coordonnatrice de l'APDIS / DÉFI-LOGIS Suroît communique, au besoin, avec l'intervenant professionnel du CISSS de la Montérégie-Ouest pour obtenir des informations relatives à mon admissibilité.
<hr/>	
Signature du candidat / de la candidate	Date
<hr/>	
Signature du répondant ou du représentant légal du candidat / de la candidate	Date
Intérêts personnels et motivations (Vous pouvez ajouter d'autres feuilles au besoin)	
Parlez-nous de vos intérêts personnels ou encore de vos activités (sportives ou récréatives) préférées ?	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Faites-nous part de vos motivations à vous inscrire au projet DÉFI-LOGIS ?	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Quelles sont vos attentes à l'égard du projet DÉFI-LOGIS ?	
<hr/>	
<hr/>	

<p>Veillez nous retourner ce document :</p> <p><u>Par la poste</u></p> <p>APDIS / DÉFI-LOGIS Suroît</p> <p>À l'attention de Madame x /Monsieur x</p> <p>XXX, rue Bourget</p> <p>Salaberry de Valleyfield (QC) JXX XXX</p> <p><u>À l'adresse Internet</u></p> <p>apdis.suroit@oricom.ca</p> <p>Pour toute question ou demande d'information, veuillez communiquer avec : Madame x /Monsieur x, au 450 xxx-xxxx</p>	
A l'usage de l'APDIS / DÉFI-LOGIS Suroît	
Date de réception	Signature

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont confidentiels et à l'usage exclusif du comité de sélection de l'APDIS / DÉFI-LOGIS Suroît.

La transmission de faux renseignements dans ce formulaire ou lors des entretiens peuvent entraîner l'annulation de la candidature.

Le candidat / La candidate certifie que les renseignements susmentionnés sont exacts.

Signature du candidat / de la candidate

Date

Signature du répondant ou du représentant légal du candidat / de la candidate

Date