



**FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT
DU CLIENT – 2018**

**Cette section
est réservé
pour l'administration**

Ce formulaire doit être rempli et inclus avec votre application annuelle pour les services offert pars CDH

Section A – Information du Client

Nom Legal du Client

_____ (Nom)

_____ (Prénom)

_____ (Deuxième Prénom)

Prénom habituel:

_____ (Prénom habituel)

Date de naissance: (mm/jj/aaaa)

____/____/____

Sexe : Mâle:

Femâle:

Âge: ____

Adresse principale
du client

_____ (numéro de rue)

_____ (nom de rue)

_____ (Ville)

_____ (Province)

_____ (Code postal)

_____ Type de résidence
(famille ou foyer de groupe)

Numéro résidentiel: _____

Numéro portable : _____

Sélectionnez s'il s'agit d'un renouvellement

Section B - Informations sur le parent ou le tuteur

Section B1

Relation:

(Père, Mère, Gardien)

Nom:

Prénom, Nom

Est-ce que ce demandeur vit avec vous? Oui Non

Informations de contact

Courriel: _____

Numéro résidentiel: _____

Numéro portable : _____

Adresse (si différente de la section A ou B2)

(numéro de rue)

(nom de rue)

(Code postal)

(Province)

Section B2

Relation:

(Père, Mère, Gardien)

Nom:

Prénom, Nom

Est-ce que ce demandeur vit avec vous? Oui No

Informations de contact

Courriel: _____

Numéro résidentiel: _____

Numéro portable : _____

Adresse (si différente de la section A ou B1)

(numéro de rue)

(nom de rue)

(Code postal)

(Province)

Info de contact d'urgence

	Nom	Relation	Numéro principal	Numéro secondaire
Principal				
Secondaire				

Informations médicales du client

Veuillez inclure les évaluations de votre enfant, car cette information est essentielle pour que le thérapeute puisse fournir des services appropriés à votre enfant.

Troubles du spectre autistique	<input type="checkbox"/>
Retard global de développement	<input type="checkbox"/>
Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>
Handicaps multiples	<input type="checkbox"/>
Une limite ou incapacité physique	<input type="checkbox"/>
Un trouble langagier (sans autres incapacités)?	<input type="checkbox"/>
Other Disability	

De Quel CLSC appartenez-vous?: _____

THÉRAPIES – Veuillez indiquer les programmes que vous demandez pour votre enfant. Veuillez indiquer quel jour est le plus pratique pour votre enfant. Les programmes sont offerts pendant la journée, sauf indication contraire.

	lun	mar	mer	jeu	Ven (jour)	ven (soir)	sam	dim
Ergothérapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthophonie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie Récréative (Soirées seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Sorties Sociales (13 ans et plus)						<input type="checkbox"/>		
Programme d'Intervention Précoce								<input type="checkbox"/>
Programme Scolaire pour Adultes (Sept – Jun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Répît (ven-dim) y compris la nuit						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camp d'été (25 juin - 25 août)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En raison de la forte demande de services le samedi, nous ne pouvons pas être en mesure de répondre à la demande de tout le monde. Les enfants qui ne vont pas à l'école ou qui vont à l'école maternelle seront affectés à une session en semaine.

Cochez cette case si vous souhaitez un groupe de soutien parent

AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE CDH, DIFFUSION DE RESPONSABILITÉ

Je, soussigné, certifie que je suis le parent ou le tuteur légal du Participant mentionné ci-dessus. J'autorise par la présente mon enfant mineur nommé ci-dessus à assister et à participer aux activités organisées par CDH y compris celles qui sont offertes hors site pour lesquelles j'ai inscrit mon enfant (ci-après dénommé «Activités»). Je comprends que mon enfant mineur doit obéir à toutes les règles établies et suivre les instructions de la personne en charge des Activités. Je consens et je comprends que la personne en charge des Activités ou des agents a le droit de renvoyer mon enfant qui est selon eux un danger pour la sécurité et le bien-être d'autrui. Je comprends que si mon enfant est renvoyé à la maison dans de telles circonstances, je serai responsable de tous les coûts connexes engagés, y compris le coût des dispositions spéciales de voyage. Avant de participer à une activité de mon enfant mineur, je reconnais qu'il y a certains risques associés à certaines activités, y compris, par exemple, des blessures physiques causées par des accidents liés à l'activité physique et des blessures physiques causées par des accidents de transport, maladie ou même la mort. De plus, je reconnais qu'il peut y avoir d'autres risques inhérents à ces activités dont je ne suis peut-être pas au courant. Par conséquent, je reconnais que la participation à de telles activités comporte certains dangers et risques qui exposent mon enfant à des risques de blessures corporelles ou de dommages matériels et qui pourraient empêcher mon enfant de communiquer avec moi ou de recevoir des soins médicaux et de l'aide immédiatement. si une blessure survient. En signant ce consentement parental et formulaire de responsabilité, je garantis expressément que mon enfant nommé ci-dessus est capable de supporter les exigences physiques et mentales associées à toute activité pour laquelle il est inscrit. J'assume également tous les risques liés à la participation de mon enfant à ces activités, que ces risques soient connus ou non pour le moment. En reconnaissance de ces risques et de ces réalités, et étant donné que mon enfant a la possibilité de participer aux activités et d'en bénéficier, j'accepte, en mon nom et au nom de mon enfant, de renoncer à toute responsabilité ou réclamation contre, CDH, ses dirigeants, administrateurs, agents, membres du corps professoral, employés et toutes les personnes ou organisations privées qui offrent gratuitement des services de transport, de surveillance ou de surveillance de mon enfant en participant à ces activités, y compris, mais sans s'y limiter ou des réclamations pour dommages corporels, dommages matériels, frais de justice, honoraires d'avocat et intérêts, causés ou accumulés à la suite de la participation de mon enfant à l'activité.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Par la présente, j'autorise CDH et ses représentants et ayants droit autorisés à photographier, enregistrer numériquement, bande vidéo ou cassette audio, mon enfant mentionné ci-dessus pendant qu'il participe ou participe à une activité. J'accepte en outre que tout ou partie du matériel enregistré puisse être utilisé, sous quelque forme que ce soit, dans des publications, y compris des publications électroniques, ou dans des présentations audiovisuelles, des documents promotionnels, de la publicité ou d'autres moyens similaires (collectivement), et que cette utilisation sera sans paiement de droits, de redevances, de crédits spéciaux ou d'autres compensations. Je comprends que tous ces enregistrements, quel qu'en soit le support, restent la propriété de CDH

Je n'autorise pas CDH à utiliser une photo ou un enregistrement numérique, vidéo ou audio de mon enfant à des fins promotionnelles.

ABONNEMENT AUX COURRIEL DE CDH

CDH enverra périodiquement des informations par courriel concernant les événements à venir, les dates importantes et nos bulletins d'information; l'un des meilleurs moyens pour vous de rester informé sur des sujets importants liés à votre enfant. Pour accepter de recevoir des notifications par e-mail, veuillez cocher la case suivante:

s'abonner

AUTORISATION / CONSENTEMENT MÉDICAL POUR LE TRAITEMENT MÉDICAL D'UN MINEUR

Je reconnais qu'il peut y avoir des cas où mon enfant mineur nommé ci-dessus, peut avoir besoin de premiers soins ou de soins médicaux ou dentaires d'urgence à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un autre problème de santé ou blessure. Par conséquent, j'autorise tout membre du personnel de CDH, ou adulte bénévole, aux soins duquel l'enfant mineur a été confié, à consentir à toute radiographie, examen, anesthésie, diagnostic ou traitement médical, chirurgical ou dentaire, et soins hospitaliers, à rendu au mineur en vertu des dispositions de la Medical Practice Act par le personnel médical d'un hôpital autorisé, que ce diagnostic ou ce traitement soient rendus au bureau dudit médecin ou audit hôpital. Ce faisant, j'accepte de payer tous les frais et coûts découlant de cette action pour obtenir un traitement médical. En tant que parent ou tuteur légal de mon enfant mineur (Participant nommé ci-dessus), je suis responsable des décisions de santé de mon enfant mineur et je suis autorisé à consentir aux services à rendre. Je déclare que mon consentement et mon consentement à payer pour les soins dentaires, médicaux et / ou hospitaliers ou les soins à donner à mon enfant mineur sont légalement suffisants et qu'aucun consentement d'une autre personne n'est requis. En signant ci-dessous, j'autorise tout membre du personnel ou adulte bénévole de CDH à qui l'enfant mineur a été confié d'autoriser un hôpital, un médecin ou un autre fournisseur de soins de santé à facturer la ou les compagnies suivantes pour le paiement des services rendus au Enfant mineur. J'accepte d'assumer la responsabilité des frais pour les soins rendus à l'enfant mineur susmentionné. J'autorise tout hôpital, médecin ou autre fournisseur de soins de santé à divulguer des renseignements du dossier médical de l'enfant mineur à la compagnie d'assurance mentionnée ci-dessous, en rapport avec l'achèvement de tout formulaire de réclamation d'assurance. J'ai lu, compris et accepté les informations ci-dessus. Toutes les autorisations, autorisations et autorisations accordées ci-dessus resteront en vigueur à moins d'être révoquées par écrit par le soussigné à CDH.

Accord de signature électronique

En cliquant sur le bouton "J'accepte", vous signez le présent contrat par voie électronique. Vous acceptez que votre signature électronique soit l'équivalent légal de votre signature manuelle sur ce Contrat. En sélectionnant «J'accepte», vous consentez à être légalement lié par les termes et conditions du présent Contrat. Vous acceptez également que votre utilisation d'un clavier, d'une souris ou d'un autre appareil pour sélectionner un article, un bouton, une icône ou un acte / action similaire pour fournir des informations, des divulgations ou des conditions constitue votre signature (ci-après dénommée "Signature électronique").), l'acceptation et l'accord comme si vous l'aviez signé par écrit. Vous acceptez également qu'aucune autorité de certification ou autre vérification par un tiers n'est nécessaire pour valider votre signature électronique et que l'absence de cette certification ou de vérification par une tierce partie n'affectera en aucune façon l'applicabilité de votre signature électronique.

J'accepte

SIGNATURE (Parent ou tuteur): _____

Date d'application: _____
(mm/dd/yyyy)