



## FORMULAIRE D'INTÉRÊT - ENTREPRISES D'APPRENTISSAGE DE LA FONDATION FAMILLE JULES-DALLAIRE

Faire parvenir à l'attention de Mme Brigitte Lemelin, responsable des opérations et implication

418-692-1762 poste 281

[blemelin@ffjd.ca](mailto:blemelin@ffjd.ca)

Je confirme que j'ai lu le guide avant de compléter la fiche d'intérêt.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Le formulaire d'intérêt doit être rempli par le répondant (parent, tuteur légal ou référent) de manière lisible et doit être retourné par courriel à l'adresse ci-haut mentionnée.

Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au répondant.

IDENTIFICATION DU CANDIDAT	
Nom	
Prénom	
Adresse:	Code Postal:
Ville	
Téléphone:	Cellulaire:
Courriel	

Quel est le/les diagnostics du candidat? Déficience intellectuelle

Trouble du spectre de l'autisme

Double diagnostic

Est-ce que le candidat a d'autres diagnostics dont nous devrions être informés?  
Si oui, bien vouloir nous l'indiquer ci-dessous:

---



---



---



---

***\*Joindre le rapport d'évaluation des professionnels au formulaire d'intérêt\****

IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL	
Nom	
Prénom	
Adresse:	Code Postal:
Ville	
Téléphone:	Cellulaire:
Courriel	

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT (INTERVENANT AU DOSSIER)	
Nom	
Prénom	
Organisation:	Date référencement:
Téléphone:	Cellulaire:
Courriel	

SANTÉ GLOBALE
Est-ce que le candidat a des problèmes de santé particuliers?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez:
Est-ce que le candidat a des allergies?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez:

NIVEAU D'AUTONOMIE DU CANDIDAT	
Est-ce que le candidat a des problèmes de santé particuliers?	
<b>Va à la toilette</b> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Précisez:	<b>S'habille</b> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Précisez:
Est-ce que le candidat a des allergies?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez:	

Autre condition particulière ayant un impact sur le fonctionnement du candidat:

---

## RATIO D'INTERVENTION

Veillez indiquer le/les ratios intervenant versus usager dans les milieux précédemment visités

1/1     1/2     1/3     1/4     1/5     1/6  
 1/7     1/8

## COMPORTEMENT DU CANDIDAT

**Donner une brève description du comportement du candidat**

En individuel:

En groupe:

### Désorganisation

Fréquence:

Circonstances:

Interventions à privilégier:

Est-ce que le candidat utilise la fuite lors de ses désorganisations?

Oui  Non  Précisez:

---

## COMMUNICATION

### Le moyen de communication à privilégier avec le candidat:

À l'orale: Oui  Non

Avec des gestes/ signes: Oui  Non

À l'écrit: Oui  Non

En utilisant des pictogrammes: Oui  Non

## ORGANISME EN SOUTIEN AUPRÈS DU CANDIDAT

CIUSSS:

ORGANISME COMMUNAUTAIRE:

AUTRES:

Précisez:

---

---

---

## EXPÉRIENCES DE STAGE ANTÉRIEURES

Tâches	Où	Quand

EXPÉRIENCES DE TRAVAIL ANTÉRIEURES		
Titre de l'emploi	Où	Quand

TYPE DE TRANSPORT UTILISÉ	
STAC <input type="checkbox"/>	RTC <input type="checkbox"/> Autres: _____
Si vous avez coché le STAC, est-ce que le candidat est autonome sur ses réservations et planifications de transport?    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

FRÉQUENTATION SOUHAITÉE POUR LE CANDIDAT	
Choisissez le nombre de journées souhaitées par semaine:	
3 journées <input type="checkbox"/> 4 journées <input type="checkbox"/> 5 journées <input type="checkbox"/>	
Précisez (ex. intégration progressive désirée, périodes de non-disponibilités, etc.): _____ _____	
SIGNATURES	
Date	Signature du candidat
Date	Signature de parent/tuteur légal

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom et prénom du candidat	
Date de naissance	
Répondant du candidat	
Dernier milieu stage/formation/école fréquentée	
Adresse du dernier milieu	
Coordonnées téléphonique	

Cocher chaque énoncé:

J'autorise les responsables des entreprises d'apprentissage de la Fondation famille Jules-Dallaire à entrer en contact avec le/les responsables du dernier milieu fréquenté par le candidat mentionné ci-haut, afin d'avoir accès au dossier d'aide particulière (plan d'intervention, gestion du comportement, ...) et toutes informations nécessaires au bon fonctionnement du candidat au sein des entreprises d'apprentissage.

Nom du contact: \_\_\_\_\_

J'autorise les responsables des entreprises d'apprentissage de la Fondation famille Jules-Dallaire à prendre contact avec le référent accompagnant le candidat dans la déposition de sa candidature pour toutes informations nécessaires au dépôt de la candidature, évaluation de la demande, etc.

Nom du référent au dossier: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

En vertu de l'article 65 sur la loi sur l'accès à l'information, j'autorise la requête des entreprises d'apprentissage de la Fondation famille Jules-Dallaire.

Signature de la personne autorisée: \_\_\_\_\_

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