

## FICHE D'IDENTIFICATION

Client



DOCUMENT CONFIDENTIEL

À remplir par le parent, tuteur ou représentant légal.



Cette fiche contient des informations essentielles pour assurer un accompagnement sécuritaire, adapté et de qualité. Toutes les informations demeurent confidentielles.

### 1 INFORMATIONS DE BASE

Nom complet : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone principal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Langue principale :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

### 2 PERSONNES RESPONSABLES

Parent / tuteur / représentant 1

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

---

Parent / tuteur / représentant 2 (si applicable)

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### 3 CONTACT D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

Téléphone principal : \_\_\_\_\_

Téléphone secondaire : \_\_\_\_\_

Autorisation de contacter cette personne en cas d'urgence :  
 Oui  Non

**!** Ce contact sera joint en priorité en cas d'urgence si les personnes responsables ne peuvent être rejointes.

### 4 INFORMATIONS MÉDICALES IMPORTANTES

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres) : \_\_\_\_\_

Médication importante (nom, dose, heure) : \_\_\_\_\_

Conditions médicales à connaître : \_\_\_\_\_

Restrictions particulières (alimentation, activités, etc.) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant / Clinique : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### 5 INFORMATIONS DE SÉCURITÉ

Comportements à surveiller / particularités : \_\_\_\_\_

Déclencheurs connus : \_\_\_\_\_

Réactions particulières / stratégies d'apaisement efficaces : \_\_\_\_\_

Protocole à suivre en cas de crise ou de situation préoccupante : \_\_\_\_\_

### 6 AUTORISATIONS

Autorise le transport dans un véhicule (si applicable)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise les sorties à l'extérieur (parcs, activités, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise la prise de photos / vidéos à des fins internes (suivi, activités)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise la communication avec les professionnels impliqués (école, thérapeutes, intervenants, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Commentaires / précisions : \_\_\_\_\_

### 7 SIGNATURES

Je confirme que les informations fournies sont exactes et j'autorise UniRépit à s'y référer dans le cadre des services.

Nom du parent / tuteur / représentant : \_\_\_\_\_

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

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus.

Nom du représentant(e) UniRépit : \_\_\_\_\_

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