

FORMULAIRE INSCRIPTION

Institut Raymond-Dewar

3600, rue Berri, Montréal (Québec) H2L 4G9

Centre métropolitain
de réadaptation spécialisé
en surdité et en communication



- 1^{re} inscription ajout de services réouverture

CET ESPACE EST RÉSERVÉ   L'USAGE DE L'IRD

Programme : _____ Sous-programme : _____ Discipline : _____ NO DOSSIER : _____

Date d'inscription : _____ / _____ / _____ Date d'ajout : _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

Signature du chef de programme : _____ Date : _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS JOUR

PROCÉDURE D'INSCRIPTION

- 1. COMPLÉTER** le formulaire recto-verso
- 2. JOINDRE**   votre formulaire tout document pertinent à votre demande (audiogramme, rapports médicaux, orthophoniques, psychologiques, audiologiques, etc.)
- 3. RETOURNER** ces documents au **Service d'évaluation-Orientation**   l'Institut Raymond-Dewar à l'adresse ci-haut mentionnée

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____
NOM   LA NAISSANCE

Prénom : _____

Sexe : masculin féminin

Date de naissance : _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS JOUR

No Ass. maladie : _____

Date expiration carte : _____

Lieu de naissance : _____

Père : _____
NOM PRÉNOM

Mère : _____
NOM   LA NAISSANCE PRÉNOM

Langue d'usage : Français LSQ
 Autre, précisez : _____

Mode de communication : Oral Signé
 Tactile Non-oral

Occupation : Marché du travail Retraité
   la maison étudiant
 Autre, précisez : _____

Si étudiant, l' cole : _____

Comm. scolaire : _____

MILIEU DE VIE / ADRESSE 1

ADRESSE

NUMÉRO RUE APPARTEMENT

VILLE PROVINCE CODE POSTAL

- Maison ou appartement Résidence d'accueil
 Famille naturelle Foyer de groupe
 Famille d'accueil
 CHSLD, précisez : _____
 Autre, précisez : _____

Je désire recevoir le courrier de l'IRD à cette adresse

Type d'écriture : Conventionnelle Gros caractères
 Braille intégral Braille abrégé

TÉLÉPHONES

Résidence : (_____) _____
 Voix ATS PSI ESI

Courriel : _____

Jour et heure de la journée où on peut vous joindre : _____

Travail : Père Mère Vous-même
(_____) _____ poste : _____
 Voix ATS PSI ESI

Courriel : _____

Jour et heure de la journée où on peut vous joindre : _____

MES BESOINS

Dans ma situation actuelle, j'ai besoin d'aide pour : _____

AUTRE MILIEU DE VIE / ADRESSE 2

ADRESSE 2 / complétez s'il y a lieu

NUMÉRO _____ RUE _____ APPARTEMENT _____

VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

- Maison ou appartement Résidence d'accueil
 Famille naturelle Foyer de groupe
 Famille d'accueil
 CHSLD, précisez : _____
 Autre, précisez : _____

Je désire recevoir le courrier de l'IRD à cette adresse

Type d'écriture : Conventionnelle Gros caractères
 Braille intégral Braille abrégé

TÉLÉPHONES

Résidence : (____) _____

Voix ATS PSI ESI

Courriel : _____

Jour et heure de la journée où on peut vous joindre : _____

Travail : Père Mère Vous-même

(____) _____ poste : _____

Voix ATS PSI ESI

Courriel : _____

Jour et heure de la journée où on peut vous joindre : _____

CONSENTEMENT

1. J'assure que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques. **2. J'autorise** les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire de l'Institut Raymond-Dewar à me donner les services de réadaptation nécessaires à ma situation et à mes besoins. **3. Je collaborerai** au plan d'intervention me concernant. **4. Je consens** à ce que les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire qui me dispensent des services de réadaptation aient accès à mon dossier. Celui-ci contient des informations sur l'évaluation de mes besoins, sur mon plan d'intervention et sur l'évaluation de mon suivi. **5. Je consens** également à ce que les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire échangent et se consultent au sujet d'informations pertinentes et nécessaires à mon suivi de réadaptation. Tous les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire s'engagent à respecter le secret professionnel et les règles de confidentialité des législations en vigueur. L'Institut Raymond-Dewar vous assure qu'aucune information ne sera divulguée à un tiers sans votre autorisation écrite.

Signature : _____

Date : _____ | _____ | _____
ANNEE MOIS JOUR

RÉFÉRENCE

J'ai connu l'Institut Raymond-Dewar par l'entremise de :

- Parents ou amis
 Association / organisme
 CLSC
 Centre hospitalier
 Centre d'hébergement et de soins de longue durée
 Centre de réadaptation
 Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
 Audioprothésiste
 Réseau scolaire
 Publicité (dépliants, TV, journaux)
 Autre, précisez : _____

RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS

Origine ethnique : _____

Conjoint : _____

NOM

PRÉNOM

Responsabilité légale :

- Père et mère Père
 Mère Curateur
 Tuteur Autre, précisez : _____

PERSONNE(S) À CONTACTER

POUR VOUS JOINDRE PLUS FACILEMENT

1. Nom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : (____) _____

Voix ATS PSI ESI

2. Nom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : (____) _____

Voix ATS PSI ESI

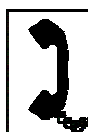
CET ESPACE EST RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'IRD

S ME SA E AAS : pré post

Code besoin : _____

Organisme(s) associé(s) : _____

Problème(s) associé(s) : _____



Voix : (514) 284-2214 poste 3617 / 3609
(514) 284-2581

ATS : (514) 284-3747 poste 3617 / 3609

Téloc. : (514) 284-5086

Courriel : seo@raymond-dewar.gouv.qc.ca