

FONDATION MIRA INC.

DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME D'ATTRIBUTION DE CHIEN D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PARENTS D'ENFANTS QUI PRÉSENTENT DES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DONT L'AUTISME, UN TROUBLE VISUELLE, UN TROUBLE MOTEUR, UN TROUBLE NEUROLOGIQUE OU AUTRES

| À l'usage de la Fondation Mira Inc. | | | |
|-------------------------------------|-------|---------------------|-------|
| Date de la demande | _____ | # de la demande | _____ |
| Complété par | _____ | Date de réception | _____ |
| Rapport médical inclus | _____ | Accusé de réception | _____ |

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

Poids : _____ Grandeur : _____

Coordonnées de la personne qui s'occupe de l'enfant :

Lien de parenté avec l'enfant _____

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code Postal _____

Téléphone résidence () _____ Téléphone travail _____

Adresse électronique _____

Diagnostic officiel : _____

**** Joindre à la demande une attestation officielle du diagnostic de l'enfant**

Indiquez ici la nature de la déficience et, s'il y a lieu, la nature des déficiences associées.

Si vous avez recours à des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, neuropsychologie, ophtalmologie, optométrie, orientation et mobilité, orthophonie, intervention comportementale intensive (I.C.I.) etc...) indiquez-les ci-dessous et fournissez les noms et coordonnées des personnes qui vous viennent en aide.

Votre enfant fréquente-t-il un centre de petite enfance (CPE)?

Oui Non

Votre enfant fréquente-t-il une garderie en milieu familial?

Oui Non

Votre enfant fréquente-t-il une école?

Oui Non

Nom du responsable CPE, du professeur, nom et coordonnées du CPE, de l'école :

Est-ce que votre enfant a de la fratrie? Oui Non

Combien et quel âge ont-ils?

Ont-ils reçu un diagnostic?

Est-ce que les proches qui vivront aussi avec le chien ont des problèmes d'allergie? Si oui, indiquez-en la nature. (voir p.4)

Avez-vous déjà eu un chien? Oui Non

Avez-vous un chien présentement? Oui Non

Décrivez de quelle façon un chien pourrait aider votre enfant?

LIEU DE RÉSIDENCE

Milieu urbain

Maison unifamiliale

Milieu résidentielle

Logement

Milieu rural

Appartement Autre: _____

Cour clôturée : Oui Non

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Signature: _____ Date: _____

QUESTIONNAIRE SUR LES ALLERGIES

Est-ce qu'un membre de la famille présente les symptômes suivants en présence d'un chien :

Symptômes nasaux

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Congestion nasale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Écoulement nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Éternuement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Démangeaison nasale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Symptômes oculaires

- | | Oui | Non |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Rougeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Démangeaison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Écoulement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Symptômes cutanés

- | | Oui | Non |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Symptômes respiratoires

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Toux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Sillement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Difficultés respiratoires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Sensation d'étouffement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Exacerbation d'asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Retournez le tout (4 pages + attestation de diagnostic) par la poste à l'adresse suivante :

Fondation Mira
A/s Noël Champagne
1820 Rang Nord Ouest
Ste-Madeleine, Qc J0H 1S0