

**FONDATION MIRA INC. DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROJET
DE RECHERCHE SUR L'EFFET DU CHIEN DANS LA VIE DES ENFANTS
QUI PRÉSENTENT DES TROUBLES ENVAHISSANTS DU
DÉVELOPPEMENT DONT L'AUTISME**

À l'usage de la Fondation Mira Inc.

Date de la demande _____	# de la demande _____
Complété par _____	Date de réception _____
Rapport médical inclus _____	

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** _____

Courrier électronique _____ **Télécopieur** _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ **Sexe :** _____

Poids : _____ **Grandeur :** _____

Diagnostic _____ **officiel :**

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

Indiquez ici la nature du handicap et, s'il y a lieu, la nature des déficiences qui sont associées.

Si vous avez recours à des services de réadaptation (physiothérapie, neuropsychologie, etc...) indiquez-les ci-bas et fournissez les noms et coordonnées des personnes qui vous viennent en aide.

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

Avez-vous déjà eu un chien? Oui Non

Décrivez de quelle façon un chien pourrait aider votre enfant?

Votre enfant fréquente-t-il l'école? Oui Non

Si oui :

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

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

Présentez-vous 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) par la poste à l'adresse suivante :

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