

Identification de la personne	
Nom et prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Téléphone :

Consentement du client à la communication de renseignements	
Par la présente, je consens à ce que les renseignements demandés ci-dessous soient fournis par le signataire de ce formulaire aux représentants de Services Québec et de l'organisme spécialisé en employabilité mentionné ci-dessous. Ces personnes sont soumises aux règles de confidentialité prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.	
Date	Signature de la personne

Renseignements demandés en fonction de l'admissibilité	
Toute personne vivant avec des limitations fonctionnelles et/ou "Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité <u>significative</u> et <u>persistante</u> et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes" (L.R.Q. chap. E-20.1 art. 1g) est admissible à nos services.	

1 Renseignements diagnostiques (en lien avec l'employabilité)	
Diagnostic principal :	Date du diagnostic :
Posé par :	Profession :
Diagnostic(s) secondaire(s) (s'il y a lieu) :	

2 Renseignements sur les incapacités (dans les activités de la vie courante):	
Caractère significatif : oui ☐ non ☐	Caractère persistant : oui ☐ non ☐
Précisez :	Précisez :

3 Renseignements médicaux relatifs à la déficience :	
• Médication ? oui ☐ non ☐ Laquelle :	
Effets secondaires qui pourraient nuire à une prestation de travail ? oui ☐ non ☐	
Précisez :	
• La personne reçoit-elle des services médicaux ou paramédicaux liés à ses incapacités ? oui ☐ non ☐	
Nature des services :	
Depuis quand:	Fréquence :
Dans quel établissement :	

4 La personne peut-elle occuper un emploi ? oui ☐ non ☐	
Temps plein ☐	Temps partiel ☐ Nombre d'heures / semaine :
Veuillez indiquer vos recommandations quant à l'intégration au marché du travail de la personne et à ses besoins particuliers pour se maintenir en emploi : (conditions de travail, adaptation de poste, horaire, accompagnement...)	

Identifiez les limitations à caractère significatif et persistant découlant du diagnostic médical et donnez des exemples concrets affectant les activités de la vie courante. Au besoin, veuillez obtenir l'information également auprès des proches ou professionnels qui peuvent constater le niveau de fonctionnement de la personne.

RELATIONS SOCIALES

- ☐ Comportement
 ☐ Relations interpersonnelles
 ☐ Adaptation
 ☐ Gestion du stress
☐ Gestion des émotions
 ☐ Autre

ATTEINTES NEUROLOGIQUES

- ☐ Jugement
 ☐ Impulsivité
 ☐ Mémoire
 ☐ Organisation de la pensée
 ☐ Communication
 ☐ Autre

INCAPACITÉS PHYSIQUES (Quantifier les données, Ex. : Distance : 5 M. poids : 2 Kg)

- ☐ Motricité fine
 ☐ Mobilité (déplacements changements et maintien de position)
☐ Tolérance à l'effort (ponctuelle-soutenue)
 ☐ Atteintes sensorielles
 ☐ Échelle IRSST (classe)
☐ Facteurs environnementaux (chaleur-froid-lumière-bruit)
 ☐ Autre

HYGIÈNE DE VIE

- ☐ Alimentation
 ☐ Sommeil
 ☐ Hygiène corporelle
 ☐ Logement
 ☐ Organisation personnelle
 ☐ Autre

Identification du professionnel

Prénom et nom de famille (en caractère d'imprimerie) :

Profession (No. de permis, s'il y a lieu) :

Établissement (s'il y a lieu) :

Téléphone :

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts à ma connaissance.

Date

Signature

Retourner le formulaire complété à l'adresse indiquée, à l'attention de :

Conseiller (ère) en main-d'œuvre : Stéphanie Poirier CMO.