

FONDATION MIRA INC.

**DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME D'ATTRIBUTION DE
CHIEN D'ASSISTANCE POUR LES ENFANTS PRÉSENTANT
UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME
OU AUTRES TROUBLES CONNEXES**

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 des parents :

Parent #1 :

Prénom _____ **Nom** _____

Adresse _____ **Ville** _____

Province _____ **Code Postal** _____

Téléphone résidence () _____ **Téléphone travail** _____

Adresse électronique _____

Parent #2 :

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 du trouble et, s'il y a lieu, la nature des difficultés 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

Si oui :

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 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 des parents : _____ Date: _____

_____ **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 + rapport) par la poste à l'adresse suivante:

Fondation Mira
A/S Schola Mira
1820 Rang Nord Ouest
Ste-Madeleine Qc J0H 1S0