

Photo récente
obligatoire

FICHE DE RENSEIGNEMENT avant inscription Service Accueil Familial

MES COORDONNEES

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / / Age : Sexe : M F

Mon numéro de téléphone portable :
Adresse de mon lieu de vie :

Je vis :

- Foyer d'hébergement ESAT Foyer DE VIE M.A.S F.A.M
 Structure hospitalière E.H.P.A.D Famille Accueil Familial
 Service d'accompagnement Autre :

Précisez le nom de l'organisme / foyer :

Numéro de téléphone joignable à tout moment :

ACCUEIL FAMILIAL

Nombre de jours et dates souhaitées :

Secteur géographique souhaité :

Mode de transport possible :

Lieu de fin de prise en charge souhaité :

Le transport est organisé par le service Accueil Familial (inclus la réservation des tickets de train...) et son coût est intégré dans le devis.

CONVOCAATION ADRESSEE A :

Nom :
Prénom :
Adresse :

Téléphone :
Email :

FACTURATION A ADRESSER A :

Organisme :

Nom :
Prénom :
Adresse :

Téléphone :
Email :

Je suis sous un régime de protection juridique :
 NON TUTELLE CURATELLE

GARANTIE ANNULATION OPTIONNELLE (3% DU PRIX DU SEJOUR)

OUI NON

UNE FOIS L'INSCRIPTION CONFIRMEE, VOUS AUREZ A NOUS TRANSMETTRE

- PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE D'INVALIDITE
 PHOTOCOPIE DE VOTRE PIECE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE
 COPIE DE L'ORDONNANCE EN COURS DE VALIDITE AU MOMENT DU SEJOUR
 PRESCRIPTION POUR LES SOINS INFIRMIERS A REALISER A DOMICILE
 ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE

**Pour toute première démarche,
il sera demandé une note précisant votre projet en référence à votre parcours de vie**

MON PROFIL

Handicap : MOTEUR MENTAL PSYCHIQUE COGNITIF SENSORIEL

Précisez :

Merci de vous reporter à la grille d'évaluation du CFQIPS (voir document annexe) et d'entourer les cases correspondant à votre autonomie.

NIVEAU D'AUTONOMIE **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

A	AB	B	BC	C	D
1		2	3		4

MA SANTE

J'ai une médication : OUI NON
 Je la prends seul : OUI NON AVEC AIDE
 J'ai besoin de soins infirmiers : OUI NON
 De quel type :
 A quelle fréquence :
 Epilepsie : OUI NON *Précisez :*
 Diabète : OUI NON JE ME GERE SEUL
 Ethylisme : OUI NON *Précisez :*
 Cardiopathie : OUI NON
 Asthme : OUI NON
 Pertes de mémoire : OUI NON
 Allergies : OUI NON *Précisez :*
 Incontinence : OUI NON *Précisez :*
 Enurésie : OUI NON *Précisez :*
 Encoprésie : OUI NON *Précisez :*
 Risque de fausse route : OUI NON

MA MOBILITE ET MON CONFORT

Je suis plutôt :
 BON MARCHEUR
 FATIGABLE
 TRES FATIGABLE
 Je me déplace seul : OUI NON
 Si non, j'ai besoin :
 QU'ON ME DONNE LE BRAS
 D'UNE CANNE
 D'UN DEAMBULATEUR
 D'UN FAUTEUIL MANUEL
 POUR LES SORTIES
 EN PERMANENCE

Le CFQIPS ne fournit aucun matériel

MES HABITUDES ALIMENTAIRES

Je mange : SEUL AVEC AIDE
 J'ai un régime : OUI NON
 Lequel :
 Allergies/Intolérances : OUI NON
 Si oui, précisez :
 Alimentation mixée/hachée : OUI NON

MON HYGIENE

J'ai un appareil : Dentaire Auditif
 Je fais ma toilette : SEUL AVEC AIDE
 Stimulation verbale Aide Partielle Aide totale
 Je me rase : SEUL AVEC AIDE
 Je m'habille : SEUL AVEC AIDE
 Je choisis mes tenues : SEUL AVEC AIDE
 Je gère mes protections : SEUL AVEC AIDE

MON SOMMEIL

- J'ai des troubles du sommeil : OUI NON
Je suis appareillé : OUI NON
Si oui, précisez :
Je me lève la nuit : OUI NON
Habituellement, je me couche vers :
Habituellement, je me lève vers :
Ma médication m'endort le soir : OUI NON

MES PETITS PLAISIRS SI SANS EXCES

- Je fume : OUI NON
Je peux boire de l'alcool : OUI NON
Je peux boire du café : OUI NON
Je gère seul(e) mes plaisirs :
 OUI NON
Quelles sont les limites posées :

MA COMMUNICATION ET MON COMPORTEMENT

- Je communique : PAR LA PAROLE AVEC DES GESTES AVEC DES PICTOGRAMMES
Précisez :
Je m'intègre facilement dans un groupe : OUI NON
Je suis un élément moteur : OUI NON
J'ai des problèmes de compréhension : OUI NON *Précisez :*
Je gère mon argent personnel : SEUL AVEC L'AIDE D'UN ACCOMPAGNATEUR
J'ai des rituels : OUI NON *Précisez :*
J'ai des phobies : OUI NON *Précisez :*
J'ai besoin d'être rassuré : OCCASIONNELLEMENT REGULIEREMENT EN CONTINU
J'ai tendance à fuguer : OUI NON *Précisez :*
Je peux me mettre en danger : OUI NON *Précisez :*
Je peux être agressif/violent : OUI NON *Précisez :*
J'ai des problèmes de cleptomanie : OUI NON *Précisez :*

MA VIE SOCIALE

- Je sais me repérer dans l'espace : OUI NON
Je sais demander mon chemin : OUI NON
Je suis capable de sortir sans accompagnateur : OUI NON
Je suis capable de rentrer à une heure fixée : OUI NON
Je peux rester seul(e) sur le lieu de séjour : OUI NON *Précisez :*
Mon traitement contre-indique-t-il certaines activités (soleil, sport...) : OUI NON
Précisez :
Je sais nager : OUI NON Je peux me baigner sans surveillance : OUI NON

CE QUE J'AIMERAI FAIRE PENDANT MES VACANCES

**Ce que j'ai envie de dire en complément
(vie affective...)**

**Indiquez vos habitudes méritant une
attention particulière pour le bon
déroulement de votre séjour (votre manière
d'être, sollicitation attendue de l'accueillant
familial, vos traits de caractère, votre
humeur, votre besoin de temps pour vous
ressourcer seul(e)...):**

Consentement éclairé :

Rappel extrait de la loi 2015-177 du 28 Décembre
2015 et de l'article L.311-3 du CASF : Votre
consentement éclairé doit systématiquement être
recherché lorsque vous êtes apte à exprimer votre
volonté et à participer à la décision.
A défaut, le consentement de votre représentant
légal

VOTRE DROIT A L'IMAGE

Votre image est une donnée personnelle. Vous avez donc un droit sur son utilisation et vous pouvez vous opposer à sa conservation ou à sa diffusion publique sans votre autorisation.

J'autorise le C.F.Q.I.P.S à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies me représentant :

OUI NON

ATTENTION LE JOUR DU DEPART, IL SERA EXIGE :

- Votre prescription médicale en cours de validité au moment du séjour (moins de 3 mois), votre carte vitale originale et votre carte de mutuelle originale.
- Vos médicaments préparés dans un semainier nominatif placé dans votre valise (aucun médicament en vrac ne sera accepté et donné de main à la main).
- La confirmation du contact téléphonique en cas d'urgence 24h/24h.

MON ENGAGEMENT (SIGNATURE)

- Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____
déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et certifie
que tous les renseignements fournis sont exacts et complets.
- J'autorise le **C.F.Q.I.P.S.** à prendre toutes les dispositions médicales et
d'urgences (traitements, interventions chirurgicales...) en concertation avec un
médecin, concernant la santé du participant
- Certifié exact à _____ le _____ / _____ / _____ **Signature et cachet**

Le C.F.Q.I.P.S se dégage de toute responsabilité en cas d'informations incomplètes et/ou erronées.

FICHE D'AUTO-ÉVALUATION

Pour vous aider à choisir, nous vous invitons à vous référer au tableau ci-dessous.

PSYCHIQUE ET MENTAL

A

Très bonne autonomie

Sociable, dynamique, participe...
Présence discrète de l'accompagnateur.
Personne ayant la capacité à vivre seule en appartement

AB

Bonne autonomie

Sociable, dynamique, participe...
Accompagnement relatif dans la vie quotidienne.
Personne relevant du foyer d'ESAT

B

Autonomie relative

Nécessité d'intervenir dans différents domaines tels que la prise de médicaments, la gestion du budget personnel, la participation aux activités... Juste à stimuler dans les actes de la vie courante (toilette, habillement). Accompagnement actif.
Personne relevant de foyer d'ESAT

BC

Autonomie très relative

Personne relevant de foyer occupationnel

C

Peu d'autonomie

Aide effective dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillement, repas...).
Accompagnement renforcé

D

Prise en charge très importante

Rapprochée et permanente, nécessitant des locaux et matériels adaptés
Personne relevant de Maison d'Accueil Spécialisée

PHYSIQUE

1

Pas de problèmes moteurs
Bon marcheur, actif

2

Pas de problèmes moteurs
Se déplace sans difficultés pour des petites « promenades »
Fatigable

3

Problèmes moteurs
Marche avec l'aide « ponctuelle » d'un tiers, d'un appareillage particulier ou d'un fauteuil

4

Personne ne sortant pas ou peu de son fauteuil roulant, **dépendant** d'une tierce personne

Nota

Pour le bien-être et la qualité de vie des personnes inscrites sur un séjour le CFQIPS ne peut accepter celles pouvant nuire aux autres, en raison de leurs troubles de comportement.

Retournez la page pour la légende des pictogrammes

MON PROJET PERSONNALISE DE SEJOUR

MON PROJET

JE SOUHAITE PARTIR EN SEJOUR EN ACCUEIL FAMILIAL POUR LES RAISONS CI-DESSOUS

DANS LE LOGEMENT, JE PEUX

- Monter une marche pour y accéder Monter des marches dans celui-ci Monter des escaliers

MES SOUHAITS ET MES ATTENTES DURANT LE SEJOUR

JE SOUHAITE ETRE ACCUEILLI(E)

- Seul (e) Avec d'autres personnes Cela n'a pas d'importance

JE SOUHAITE QUE L'ACCUEILLANT FAMILIAL SOIT

- Un Homme Une Femme Cela n'a pas d'importance

JE SOUHAITE QUE L'ACCUEILLANT FAMILIAL AIT DES ENFANTS

- Oui Non Cela n'a pas d'importance

JE SOUHAITE QU'IL Y AIT DES ANIMAUX CHEZ L'ACCUEILLANT FAMILIAL

- Oui Non Cela n'a pas d'importance
 Je n'aime pas les animaux J'ai peur des animaux

JE COMMUNIQUE CI-DESSOUS MES AUTRES BESOINS, MES AUTRES ATTENTES

NOM – PRENOM :

MES BESOINS

PENDANT MON SEJOUR, J'AI BESOIN

<u>D'ETRE AIDE</u>	OUI	NON	OBSERVATIONS
POUR LA TOILETTE			
POUR LES REPAS			
POUR LA PRISE DES MEDICAMENTS			
POUR M'HABILLER			
POUR ME REPERER DANS LE TEMPS			
POUR ME REPERER DANS L'ESPACE			
POUR ME DEPLACER A L'INTERIEUR DU LOGEMENT			
POUR ME DEPLACER A L'EXTERIEUR DU LOGEMENT (JARDIN – COUR)			
POUR ME DEPLACER DANS LES SORTIES EXTERIEURES			
POUR ENTRETENIR MA CHAMBRE, PREPARER MA VALISE A LA FIN DU SEJOUR			
<u>D'ETRE SOLLICITE</u>	OUI	NON	OBSERVATIONS
POUR PARTICIPER A LA VIE DE LA FAMILLE, AUX LOISIRS			
POUR EVITER QUE JE M'ISOLE			
<u>DE TEMPS</u>	OUI	NON	OBSERVATIONS
POUR ME REPOSER/POUR MOI EN DEBUT D'APRES-MIDI			
POUR ME REPOSER/POUR MOI A D'AUTRES MOMENTS DE LA JOURNEE			
<u>MES AUTRES BESOINS</u>			

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE M'AYANT ACCOMPAGNEE POUR REMPLIR LA FICHE :

.....

DATE DE REDACTION DU DOCUMENT :