

Photo récente
obligatoire

FICHE D'INSCRIPTION

MES COORDONNEES

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

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 Famille d'accueil
 Service d'accompagnement / Précisez :
Précisez le nom de l'organisme / foyer :
Numéro de téléphone joignable à tout moment :

SEJOUR CHOISI

Nom du séjour :
Dates du séjour :

Lieu de prise en charge souhaité :
Lieu de fin de prise en charge souhaité :

Vous serez recontactés ultérieurement pour décider du mode de transport retenu et des lieux de rendez-vous.

CONVOCATION A ADRESSER 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

A JOINDRE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION

- ACOMPTE EQUIVALENT A 30% DU PRIX DU SEJOUR
 COUT DE LA GARANTIE ANNULATION SI SOUCRITE
 ADHESION OBLIGATOIRE AU C.F.Q.I.P.S (22.50 €)
 PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE D'INVALIDITE
 PHOTOCOPIE DE VOTRE PIECE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE
- UN CHEQUE GLOBAL

**TOUTE FICHE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE
ET SERA RETOURNEE AU DEMANDEUR**

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.

PSYCHIQUE ET MENTAL		PHYSIQUE
A	B	1
AB	BC	2
C	D	3
		4

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 :*

MOTRICITE

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

Les fauteuils électriques ne sont pas acceptés sur nos séjours

Le CFQIPS ne fournit aucun matériel

HABITUDES ALIMENTAIRES

Je mange : SEUL AVEC AIDE
 J'ai un régime : OUI NON
 Lequel :
 Allergies/Intolérances :
 Risque de fausse route : OUI NON
 Alimentation mixée : OUI NON

HYGIENE

J'ai un appareil : Dentaire Auditif
 Je fais ma toilette : SEUL AVEC AIDE
 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

SOMMEIL

- J'ai des troubles du sommeil : OUI NON
Je suis appareillé : OUI NON
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

TABAC / ALCOOL / CAFE

- Je fume : OUI NON
Fréquence :
Je gère seul ma consommation :
 OUI NON
Protocole particulier :
Je peux boire de l'alcool : OUI NON
Je peux boire du café : OUI NON

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 :*

COTE CŒUR

- Suis-je en couple avec une autre personne inscrite sur ce séjour : OUI NON
 SI OUI, IL S'AGIT DE
Nous souhaitons bénéficier d'une chambre double si possible : OUI NON
J'utilise un moyen de contraception : OUI NON *Précisez :*

SORTIES

- 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 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

Indiquez toute habitude méritant une attention particulière pour le bon déroulement de mon séjour (comportement, crises, protocoles particuliers, problème médical grave etc...) :

Ce que j'aime faire pendant mes vacances :

Informations complémentaires :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le C.F.Q.I.P.S à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies me représentant, réalisées pendant mon séjour ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins de formation et d'exploitation commerciale : OUI NON

MA SIGNATURE

- Je soussigné _____ 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.