

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 24h/24 (OBLIGATOIRE) :

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.

CONVOCAATION A ADRESSER A :

Nom :
Prénom :
Adresse :

Téléphone :
Email :

FACTURATION A ADRESSER A :

Organisme :

Nom :
Prénom :
Adresse :

Téléphone :
Email :

SOUSCRIRE A LA GARANTIE ANNULATION (3% DU PRIX DU SEJOUR)

OUI NON

Se référer aux conditions particulières de vente page 53

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

A JOINDRE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION

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

UN CHEQUE GLOBAL ou VIREMENT

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 de notre brochure) et d'entourer les cases correspondant à votre autonomie.

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

SANTE

J'ai une médication : OUI NON
Je la prends seul : OUI AVEC AIDE NON
J'ai besoin de soins infirmiers : OUI NON
De quel type :
A quelle fréquence :
Epilepsie : OUI NON Précisez :
Diabète : OUI JE ME GERE SEUL NON
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 : OUI NON
Lesquelles :
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

Je suis 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

Information sur le formulaire de collecte de données

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires.

Elles font l'objet d'un traitement informatisé nécessaire à la bonne gestion et à la bonne préparation de votre séjour de vacances.

Les destinataires des données sont l'équipe du CFQIPS et les professionnels de santé amenés à intervenir durant votre séjour.

Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à communication@cfqips.fr

**SIGNATURE
OBLIGATOIRE**

- 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.