CFQIPS
Comité Franco-Québécois
pour l'Inclusion et la Participation Sociale

FICHE D'INSCRIPTION

Photo récente obligatoire

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.

CONVOCATION A ADRESSER A :

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

FACTURATION A ADRESSER A :

Organisme :

Nom :
Prénom :
Adresse :

Téléphone :
Email :

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 €)*

→ **UN CHEQUE GLOBAL ou VIREMENT**

- ☐ PHOTOCOPIE DE VOTRE PIECE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE
- ☐ PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE D'INVALIDITE EN COURS DE VALIDITE

CONFIDENTIEL

www.cfqips.fr - 05 49 63 01 44 - sejours@cfqips.fr - 1 rue de la Bouquetière - 79200 Parthenay
Association Loi 1901 - Siret 440 150 035 00044 - Code APE 9329Z
N° Agrément « Vacances Adaptées Organisées » PC 2009-79 VA 007 – N° Atout France IM07916 0001

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
		3
C	D	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 choisi 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

CONFIDENTIEL

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…) **:**

CONFIDENTIEL

CFQIPS
Comité Franco-Québécois
pour l'Inclusion et la Participation Sociale

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.

CONFIDENTIEL

www.cfqips.fr - 05 49 63 01 44 - sejours@cfqips.fr - 1 rue de la Bouquetière - 79200 Parthenay
Association Loi 1901 - Siret 440 150 035 00044 - Code APE 9329Z
N° Agrément « Vacances Adaptées Organisées » PC 2009-79 VA 007 – N° Atout France IM07916 0001