

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 :

CONVOCATION A ADRESSER A :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

FACTURATION A ADRESSER A :

Organisme :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Je bénéficie d'une mesure de protection juridique :

- NON TUTELLE
 CURATELLE SIMPLE CURATELLE RENFORCEE

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

MON PROFIL

Je présente une déficience :

INTELLECTUELLE MOTRICE PSYCHIQUE COGNITIVE SENSORIELLE

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 AVEC AIDE NON
 J'ai besoin de soins infirmiers : OUI NON
 De quel type :
 A quelle fréquence :
 Epilepsie : OUI STABILISÉE NON
 Si oui : précisez comment se manifestent les crises

 Heure habituelle du traitement :
 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 :
 Risque de fausse route : OUI NON
 Incontinence : OUI NON
 Enurésie : OUI NON
 Encoprésie : OUI NON
 Port de protections : OUI NON
 Risque de fuites : OUI NON
 Gestion des protections : SEUL AVEC AIDE

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

Je possède des chaussures orthopédiques :
 OUI NON

Je porte des lunettes : OUI NON

MES HABITUDES ALIMENTAIRES

Je mange : SEUL AVEC AIDE
 Aide nécessaire :
 J'ai un régime : OUI NON
 Lequel :
 Je mange mixé/haché : OUI NON
 J'ai des allergies/intolérances : OUI NON
 Si oui, précisez :

MON HYGIENE

J'ai un appareil dentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	J'ai un appareil auditif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je le gère <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE	Je le gère <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE
Aide nécessaire :	
Je fais ma toilette : <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE	
<input type="checkbox"/> Stimulation verbale	<input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Je me rase : <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE	
Je m'habille : <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE	
Je choisis mes tenues : <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE	

MON SOMMEIL

J'ai des troubles du sommeil : OUI NON
 J'ai un appareil pour l'apnée du sommeil : OUI NON
 Je le gère : SEUL AVEC AIDE
Aide nécessaire :
 Je me lève la nuit : OUI NON
 Je gère seul mes levers la nuit : OUI NON
 Habituellement, je me couche vers :
 Habituellement, je me lève vers :
 Ma médication m'endort le soir : OUI NON

MES CONSOMMATIONS A RISQUES

Je fume : OUI NON
 Je peux boire de l'alcool : OUI NON
 Je peux boire du café : OUI NON
 Je gère seul mes consommations :
 OUI NON
 Je souhaite donner des précisions sur mes
 consommations :

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 AIDE
 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 cleptomane : OUI NON *Précisez :*

MA VIE SOCIALE

Je sais me repérer dans l'espace : OUI NON
 Je sais demander mon chemin : OUI NON
 Je sais lire : OUI NON
 Je suis capable de sortir seul : 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

CE QUE J'AIMERAI FAIRE PENDANT MES VACANCES

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

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

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...) :

COMMUNICATION DE MES DONNEES

Tous les documents fournis (fiche, projet personnalisé de séjour, copie des pièces d'identité, copie des attestations d'assurance...) 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 les accueillants familiaux, les mandataires, les professionnels de santé et le conseil départemental dans le cadre du suivi de l'activité.

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 : accueilfamilial@cfqips.fr

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, 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 _____ 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.

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 SOLICITE</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 ACCOMPAGNE POUR REMPLIR LA FICHE :

.....

DATE DE REDACTION DU DOCUMENT :

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

FICHE D'AUTO-ÉVALUATION DU TYPE DE PUBLIC

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 du foyer de vie

BC **Autonomie très relative**
Personne relevant de foyer d'accueil médicalisé

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 mais fatigable**
Se déplace sans difficulté pour des petites « promenades »

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

4 **Dépendant**
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 du comportement.

Retournez la page
pour voir

la légende des
pictogrammes