

FORMULAIRE INSCRIPTION

2024-2025



U P F M

Secrétariat

UN PROLONGEMENT À LA FAMILLE DE MONTRÉAL
200-2194 AVENUE DE LA SALLE, MONTRÉAL, H1V 2K8
514-504-7989 INFO@UPFM.CA

1. Informations générales sur le membre

Prénom :		Âge :	
Nom :		Date de naissance (AAAA/MM/JJ):	
Adresse :		Numéro assurance maladie :	
Ville :		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	
TAD :			

2. Parents ou responsable

Prénom :		Prénom	
Nom :		Nom :	
Lien :		Lien :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :		Ville :	
Code Postal :		Code Postal :	
Téléphone 1* :		Téléphone 1* :	
Téléphone 2 :		Téléphone 2 :	
Courriel** :		Courriel** :	
Lieu de résidence : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Appartement autonome			

* Le « téléphone 1 » est celui avec lequel nous vous rejoindrons en premier en cas de problème/question.

** Le courriel est ce qui nous permet de vous transmettre les informations le plus efficacement

3. Urgence

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Lien avec le membre :	

4. Suivi

Intervenant responsable : _____

Poste : TS EDUC AUCUN

Téléphone : _____ Courriel: _____

Établissement : Centre - sud de l'île Centre - Ouest de l'île

Nord de l'île Est de l'île Centre - Ouest de l'île Montérégie - Centre

Lanaudière Laval Montérégie – Est

5. Facturation

Courriel : Voie postale : Curateur Public : Fiducie

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Numéro de curatelle : _____

6. Distribution du journal l'Amical

Distribution Journal : Courriel Courrier Activité

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel _____

7. Médicaments

Le membre prend-il des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

8. Conditions et allergies

Vit-il avec une des conditions suivantes?	A-t-il des allergies? Si oui, lesquelles :		
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Médicaments _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Précisez :	



Le membre a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE MEMBRE A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à

(NOM & PRÉNOM du membre)

Signature du parent ou du responsable

Médicaments en vente libre (si applicable)

J'autorise le personnel à administrer au membre, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cochez les médicaments :

Acétaminophène (Tylenol, Tempra)

Sirop contre la toux

Antiémétique (Gravol)

Antibiotique en crème (Polysporin)

Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

Autre, _____ précisez :

Anti-inflammatoire (Advil)

9. Antécédents médicaux et vaccins

Votre membre a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :			
Date :		Raison :	
Blessures graves :		Maladies chroniques ou récurrentes :	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	

10. Autres informations pertinentes

(Utilisez les énoncés applicables à votre situation)

Votre membre a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :			
Y a-t-il des activités auxquelles votre membre ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, expliquez :			

11. Communication

Comprend ce qu'on dit
Converse avec les autres

S'exprime avec des mots
Des gestes

12. Aptitudes Sociales

Bonne relation avec les autres
Socialise
Participe aux activités

Fonctionne, s'occupe seul, capable de
rester seul
Exprime ses opinions
Humeur égal

13. Autonomie

Alimentation : Oui Non

Hygiène : Oui Non

Motricité: _____

Déplacement : transport adapté autonome

14. Profil

Niveau de la déficience:

Léger

Moyen

TSA (Trouble Spectre Autisme) :

Troubles associés :

15. Formulaire médical, allergies et peurs

Maladie chronique :

Diabète

Hypertension

Hypoglycémie

Maladie respiratoire

Maladie cardiaque

Allergies

Epilepsie

Autres

Rien à signaler

17. Activités

Programmation et tarification 2024-2025

JOUR	HEURE	ACTIVITÉ	PRIX PAR SESSION	✓
DIMANCHE	9H-12H	ATELIER DE MARIONNETTES	70\$	<input type="checkbox"/>
DIMANCHE	13H-16H	DIMANCHE ENTRE AMIS	70\$	<input type="checkbox"/>
DIMANCHE (1 PAR MOIS)	13H-15H	BINGO RIGOLO	15\$	<input type="checkbox"/>
LUNDI AU JEUDI	9H-15H	PARTICIPATION SOCIALE	1 JOURNÉE : 50\$ 2 JOURS : 95\$ 3 JOURS : 130\$ 4 JOURS : 160\$ Journée(s) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LUNDI AU DIMANCHE	9H-15H	MÉLI-MÉLO	½ JOURNÉE : 18\$ JOURNÉE : 30\$ Journée(s) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LUNDI	18H30-20H30	HOCKEY-BALLE	100\$	<input type="checkbox"/>
MARDI	18H30-20H30	THÉÂTRE ET IMPRO	70\$	<input type="checkbox"/>
MERCREDI	18H30-20H30	KARAOKÉ	70\$	<input type="checkbox"/>
JEUDI (1 PAR MOIS)	18H30-20H30	BINGO RIGOLO	15\$	<input type="checkbox"/>
JEUDI	16H-18H	TABLETTE	70\$	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	9H-12H	QUILLES	12\$ PAR SEMAINE	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	9H-12H 13H-16H	ARTS PLASTIQUES	75\$	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
1 VENDREDI SUR 2	18H-21H	SORTIE DU VENDREDI SOIR	20\$ PAR SORTIE	<input type="checkbox"/>
SAMEDI	9H-12H 13H-16H	QUILLES	12\$ PAR SEMAINE	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
SAMEDI	9H-12H 13H-16H	CUISINE DU MONDE	75\$	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>

18. Frais d'ouverture de dossier et carte de membre

Tous les nouveaux dossiers sont assujettis à des **frais d'ouverture de dossier de 25\$ (1 seule fois)** en plus de la **carte de membre de 15\$ annuellement**.

Frais d'ouverture de dossier 25\$

Carte de membre 15\$

19. Paiement

Vous recevrez via courriel ou par la poste une facture.

Préférence : Courriel _____

Adresse postale _____

Nous acceptons 4 modalités de paiement

- Par **virement Interac**
 - À l'adresse courriel : **comptabilite@upfm.ca**
 - Il n'y a pas de réponse de sécurité.
 - **SVP indiquez le nom du membre ou le numéro de la facture lors du transfert**
- Par **chèque**
 - À l'ordre d'Un prolongement à la Famille de Montréal
- Par **argent comptant**
 - Directement remis au secrétariat
- Par **carte de débit**
 - Directement au secrétariat via la plateforme square

Autorisation à des fins promotionnelles

Un Prolongement à la Famille de Montréal a une entente de collaboration avec le Club de Photographie Impression pour un projet qui vise à : 1) valoriser et mettre en valeur les participants aux activités de l'UPFM, 2) rehausser l'image des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 3) briser les stéréotypes par rapport à la déficience intellectuelle et 4) illustrer la vie et les activités offertes par l'UPFM.

Je soussigné(e) _____ ou
(Nom du participant au projet photo)

Représentant légal _____
(Parents, répondants, tuteurs)

J'autorise

Je n'autorise pas

Un Prolongement à la Famille de Montréal à utiliser des photos, vidéos ou entrevues pouvant être pris lors des activités de l'organisme (notamment les photos prises dans le cadre de notre entente avec le Club Photo Impression), au Prolongement à la Famille de Montréal pour la promotion de ses activités, pour ses documents internes, pour son rapport annuel, pour son site Internet, etc.

Tout matériel demeure la propriété du Prolongement à la Famille de Montréal et peut être utilisé pour : promouvoir la défense des droits, effectuer l'offre de service ou de sensibilisation de la population aux besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et produire du matériel promotionnel (par exemple des affiches).

De plus, _____, j'autorise les membres du Club Photo Impression à utiliser les photos pour leur portfolio et/ou leur participation à des concours de photo et/ou pour des expositions. Ces photos ne pourront jamais être utilisées dans un cadre commercial (vente de photos, vente de produits avec une photos, etc.).

Signature du parent ou tuteur ou participant

jj/mm/aaaa

Un Prolongement à la Famille de Montréal
2194, ave de La Salle suite 200
Montréal (Québec) H1V 2K8
Tél : 514 504-7989
Courriel : info@upfm.ca