

Ouverture par :

Date :

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

2025



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 :	
Nom :	
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	
Téléphone :	
Courriel :	
Âge :	
Date de naissance :	
Numéro assurance maladie :	
# Transport adapté :	

2. Parents ou responsables

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.

3. Urgence

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Lien avec le membre :	

4. Suivi

Intervenant responsable : _____

Poste : TS ☐ EDUC ☐ AUCUN ☐

Téléphone: _____ Courriel: _____

Établissement :

- ☐ CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
- ☐ CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
- ☐ CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
- ☐ CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
- ☐ CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
- ☐ Autre : _____

7. Médicaments

Le membre prend-il des médicaments ? <i>Si oui, joindre le profil pharmacologique</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) | |

8. Autres informations pertinentes

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 :	

9. Communication

- ☐ Comprend ce qu'on dit
- ☐ Converse avec les autres
- ☐ S'exprime avec des mots
- ☐ Des gestes

10. Aptitudes Sociales

- ☐ Bonne relation avec les autres
- ☐ Socialise
- ☐ Participe aux activités
- ☐ Fonctionne, s'occupe seul, capable de rester seul
- ☐ Exprime ses opinions
- ☐ Humeur égale

11. Profil

Déficiência intellectuelle :

☐ Léger

☐ Moyen

Troubles associés _____

12. Maladies chroniques, allergies et peurs

Maladies chroniques

☐ Diabète

☐ Hypertension

☐ Hypoglycémie

☐ Maladie respiratoire

☐ Maladie cardiaque

☐ Epilepsie

☐ Rien à signaler

☐ Autres : _____

Allergies

☐ Pollen

☐ Poussière

☐ Arachides

☐ Chat

☐ Chien

☐ Œuf

☐ Lait

☐ Noix

☐ Rien à signaler

☐ Autres : _____

Peurs

☐ Chat

☐ Chien

☐ Abeille

☐ Rien à signaler

☐ Autres : _____

Le membre a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen)?

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

13. Information importante sur le participant :

14. 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\$

15. Païement

Vous recevrez via courriel ou par la poste vos factures.

Courriel ☐ _____

Adresse postale ☐ _____

Numéros de curatelle ☐ _____

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 au secrétariat
- Par **carte de débit**
 - Directement au secrétariat via la plateforme Square

5. Distribution du journal l'Amical

Distribution Journal : Courriel ☐ Activité ☐

JOUR	HEURE	ADRESSE	ACTIVITÉ	PRIX PAR SESSON
LUNDI AU JEUDI	9h-15h	UPFM	Participation sociale	1 journée : 90 \$
				2 jours : 180 \$
				3 jours : 270 \$
				4 jours : 360 \$
				6 \$ par jour
				15 \$
				Frais administratif
LUNDI AU VENDREDI	9h-15h	UPFM	Méli-Mélo	18\$ - demi-journée 30\$ - jour
LUNDI	18h30-20h30	École Irénée-Lussier 4420 rue Hochelaga	Floorball	100 \$
MARDI	18h30-20h30	UPFM	Théâtre & impro	70 \$
MERCREDI	18h30-20h30	UPFM	Karaoké	70 \$
MERCREDI	18h-19h30	Chalet	Club de marche	25 \$
		Parc Maisonneuve		
		4601 Sherbrooke Est		
JEUDI	16h-18h	UPFM	Atelier informatique	70 \$
JEUDI	18h30-20h30	UPFM	Mise en forme	70 \$
VENDREDI	9h30-11h30	UPFM	Arts plastiques	90 \$
	13h-15h			
VENDREDI	9h-12h	CENTRE DE QUILLES MODERNE	Quilles	210 \$
	13h-16h	3115 Boul. l'Assomption		
1/2 VENDREDI	18h-21h	RASSEMBLEMENT Métro Pie-IX	Sortie du vendredi soir	25 \$ par sortie (avoir l'argent sur soi)
SAMEDI	9h-12h	CENTRE DE QUILLES MODERNE	Quilles	210 \$
	13h-16h	3115 Boul. l'Assomption		
SAMEDI	13h-15h30	UPFM	Cuisine du monde	90 \$
SAMEDI ET DIMANCHE	9h-16h	UPFM	Halte Répit	18\$ - demi-journée
	9H-12H			30\$ - jour
	13H-16H			
DIMANCHE	9h-12h	UPFM	Bingo Rigolo	15 \$ par présence
DIMANCHE	13h-16h	UPFM	Dimanche entre amis	70 \$
DIMANCHE	9H-16H	SI INSCRIPTION BINGO-RIGOLO ET DIMANCHE ENTRE AMIS, DÎNER ET COLLATION OFFERT GRATUITEMENT		

Autorisation à des fins promotionnelles

Un Prolongement à la Famille de Montréal à utiliser des photos, vidéos ou entrevues pouvant être pris lors des pour la promotion de ses activités, pour ses documents internes, pour son rapport annuel, pour son site Internet, etc.

Je soussigné(e) _____ ou
(Nom du participant)

Représentant légal _____
(Parents, répondants, tuteurs)

J'autorise

☐

Je n'autorise pas

☐

Tout matériel demeure la propriété d'un 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).

Signature du parent ou tuteur ou participant

jj/mm/aaaa

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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

Dans le cadre des activités **Quilles** et **Floorball**, et dans le but de m'inscrire à **Olympiques spéciaux Québec**, j'autorise la transmission des renseignements que j'ai fournis au **Prolongement à la famille de Montréal** vers **Olympiques spéciaux Québec**. Ces renseignements seront utilisés uniquement dans le cadre de mon inscription et de ma participation aux activités sportives proposées.

Résumé des Conditions Générales d'Olympiques spéciaux Québec :

1. **Participation sportive** : La pratique d'un sport comporte des risques. Si les conditions de jeu sont sécuritaires, **Olympiques spéciaux Québec n'est pas responsable en cas de blessure.**
2. **Supports promotionnels** : J'accepte qu'Olympiques spéciaux Québec utilise des **photos ou vidéos** de moi pour faire connaître ses activités (site web, réseaux sociaux, matériel promotionnel). **Si vous ne souhaitez pas apparaître sur des photos ou vidéos**, veuillez contacter : pbordeleau@olympiquesspeciaux.qc.ca
3. **Confidentialité** : Mes renseignements personnels sont protégés conformément à la **Politique de confidentialité** d'Olympiques spéciaux Québec.
4. **Code de conduite** : Je m'engage à respecter les **règles de conduite** établies pour toutes les activités d'Olympiques spéciaux.

Conditions générales complètes disponibles sur le Code QR en bas à droite

Signature du participant ou de son représentant légal :

En signant ce formulaire, j'accepte les conditions générales de Olympiques spéciaux Québec, ainsi que la transmission de mes renseignements personnels dans le cadre de mon inscription.

Nom du participant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Genre : _____ Code Postal : _____

Adresse Courriel : _____

Sport : _____ Taille T-Shirt : _____

Signature du participant ou de son représentant légal:

Date de signature : ____ / ____ / ____

