

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

2026-2027



U P F M

Un Prolongement à la Famille de Montréal
200-2194 avenue De La Salle
Montréal (Québec) H1V 2K8
514-504-7989 poste 101
info@upfm.ca

Ouverture par :
Date :

Documents requis lors de l'ouverture de dossier :

- Carte d'assurance maladie valide ☐
- Liste de médicament à jour ☐
- Certificat de naissance, carte de résident permanent (recto verso) ou certificat de citoyenneté canadienne (recto verso) ☐
- S'assurer de bien remplir les documents d'autorisations ☐

Pour toute question ou information supplémentaire, vous pouvez communiquer avec le secrétariat par courriel à info@upfm.ca ou par téléphone au 514 504-7989 poste 101

1. Informations générales sur le membre :

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	
Téléphone :	
Courriel :	
Âge :	
Date de naissance :	
Numéro assurance maladie :	
Numéro transport adapté :	
Lieu de résidence : ☐ Parents ☐ Famille d'accueil ☐ Résidence ☐ Appartement autonome	

2. Parents ou responsables :

Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :		Téléphone :	
Courriel :		Courriel :	
Lien :		Lien :	

3. Urgence

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Lien :	

4. Suivi

Intervenant responsable : _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Poste : TS ☐ EDUC ☐ AUCUN ☐

Établissement :

☐ CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

☐ CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

☐ CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

☐ CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

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

5. Médicaments

Le membre prend-il des médicaments ? <i>Si oui, joindre le profil pharmacologique svp</i>	Oui ☐ Non ☐
Les prend-il lui-même ? Oui ☐ Non ☐	Précisez :

5.1 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)

☐ Anti-inflammatoire (Advil)

☐ Antiémétique (Gravol)

☐ Antibiotique en crème (Polysporin)

☐ Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

☐ Autre, précisez : _____

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

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

6. Autres informations pertinentes

Y a-t-il des activités auxquelles votre membre ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, expliquez :	

7. Profil

Déficiência intellectuelle : ☐ Léger ☐ Moyen

Troubles associés : _____

Autres troubles : _____

8. Communication et Aptitudes sociales

Communication

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

Aptitudes sociales

- ☐ Bonne relation avec les autres
- ☐ Sociale
- ☐ Participe aux activités
- ☐ Capable de rester seul
- ☐ S'occupe seul
- ☐ Exprime ses opinions

9. Maladies chroniques, allergies et peurs

Maladies chroniques

- ☐ Diabète
- ☐ Hypertension
- ☐ Hypoglycémie
- ☐ Maladie respiratoire
- ☐ Maladie cardiaque
- ☐ Epilepsie
- ☐ Rien à signaler
- ☐ Autres : _____

Allergies

- ☐ Pollen
- ☐ Poussière
- ☐ Noix
- ☐ Chat
- ☐ Chien
- ☐ Œuf
- ☐ Lait
- ☐ Autres : _____
- ☐ Rien à signaler

Peurs

- ☐ Chat
- ☐ Chien
- ☐ Abeille
- ☐ Rien à signaler
- ☐ Autres : _____

10. Information importante sur le participant :

11. 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\$

12. Paiement et factures

Facture et paiement par :

Courriel ☐ _____

Adresse postale ☐ _____

Numéros de curatelle ☐ _____ Fiducie ☐ _____

☐ ***Si le membre est sous la curatelle du Curateur public, veuillez cocher cette case afin que notre agente administrative puisse effectuer la demande de consentement à la captation et à l'utilisation de l'image ou de la voix auprès de la DGSP.***

Nous acceptons 4 modalités de paiement :

- Par **virement Interac**
 - À l'adresse courriel : **comptabilite@upfm.ca**
 - **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 (montant exact) ou carte de débit**
 - Directement au secrétariat via la plateforme Square

13. Distribution du journal l'Amical

Distribution Journal : ☐ Courriel ☐ Activité

14. Comment avez-vous entendu parler de nous :

☐ Recommandation (ami, connaissance) ☐ CIUSSS : _____

☐ Réseaux sociaux (Facebook, Google, etc.) ☐ Autres : _____

15. Programmation, tarif et choix d'activités

Activités	Quand	Heure	Prix par session	Choix
Participation sociale	Lundi au jeudi	Journée : 9h-15h Demi : 9h-12h ou 12h-15h	1 journée : 100\$ Demi-journée : 55\$ (min 2) Frais administratif : 15\$	
Méli-Mélo	Lundi au vendredi	Journée : 9h-15h Demi : 9h-12h ou 12h-15h	1 journée : 30\$ Demi-journée : 18\$	
Floorball École Irénée-Lussier	Lundi	18h30-20h30	100\$	
Théâtre	Mardi	18h30-20h30	75\$	
Karaoké	Mercredi	18h30-20h30	75\$	
Aquaforme	Jeudi	12h30-15h	75\$ non inscrit PS/Méli-mélo 25\$ inscrit PS/Méli-mélo	
Informatique	Jeudi	16h-18h	75\$	
Arts plastiques	Vendredi	AM : 9h30-11h30 PM : 13h-15h	100\$	
Quilles (vendredi) Salon de quilles moderne	Vendredi	AM : 9h-12h PM : 13h-16h	210\$	
Sortie vendredi soir Métro Pie-IX	Vendredi ½	18h-21h	25\$ par sortie Avoir l'argent en main	
Ciné-pizza	Vendredi ½	18h-21h	15\$ par présence	
Quilles (samedi) Salon de quilles moderne	Samedi	AM : 9h-12h PM : 13h-16h	AM : 210\$ PM : 185\$	
Cuisine	Samedi	13h-15h30	100\$	
Bingo-Rigolo	Dimanche	9h-12h	15\$ par présence	
Dimanche entre amis	Dimanche	13h-15h30	75\$	

Autorisation à des fins promotionnelles

J'autorise 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, journaux, réseaux sociaux).

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 poste 101
Courriel : info@upfm.ca

DEMANDE D'ADMISSION

Hors centre



RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

No. de fiche : _____

ORGANISME : _____

No. de groupe : _____

Enseignant(e) : _____

Date de début : _____

Sigle à mettre à l'horaire : _____

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

RENSEIGNEMENTS DE L'ÉLÈVE :

Nom : _____

Prénom : _____

Autres prénoms : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ Année / Mois / Jour

Langue maternelle : _____

Lieu de naissance : Pays : _____

Ville : _____

PÈRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Lieu de naissance : Pays : _____

MÈRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Lieu de naissance : Pays : _____

ADRESSE DE L'ÉLÈVE :

No : _____ Rue : _____ App: _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Tél : (____) _____

Signature de l'élève : _____ Date : _____

N.B.

**Tous les élèves doivent remplir le formulaire et fournir
obligatoirement une photocopie d'une des pièces suivantes :**

- Certificat de naissance du Québec GRAND FORMAT (incluant le nom et prénom des parents)
Émis en vertu du nouveau Code civil.
 - Baptistère (émis au Québec avant janvier 1994) (nom et prénom des parents doivent être précisés)
 - Certificat d'immigration du Canada (formule IMM 1000)
 - Carte de citoyenneté canadienne (recto verso)
 - Carte de résidence permanente du Canada (recto verso)
- SVP faire des photocopies lisibles**

_____ **J'atteste avoir vu la carte d'assurance maladie valide.**

_____ **J'atteste avoir vu le permis de conduire valide.**

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 : ____ / ____ / ____

