

Stage sportif 2020

Parc d'Olhain

30 mai au 1^{er} juin

350€ par
personne

**18 ANS ET +
MOYENNE AUTONOMIE
LICENCE FFSA**

Luge d'été



Rando pédestre



Tir à l'arc



Filet



Mini golf



ACTIVITES QUI POURRONT ÊTRE PROPOSEES AUX SPORTIFS & SPORTIVES

Comité Départemental Sport Adapté du Nord, 60 rue ravennes 59910 BONDUES

Tel : 03 20 03 65 84 – Mail : prestationscdsa59@ffsa.asso.fr - Facebook : Comité Départemental Sport Adapté Nord

INSCRIPTION SEJOUR SPORTIF 30 MAI AU 1^{ER} AVRIL 2020 FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :	Date de naissance :	N°affiliation club FFSA :
Prénom :	N°Sécurité Sociale :	N°Licence :
✉ Adresse :	Ville :	☎ Téléphone :
	Code postal :	@ Mail :
Aimez-vous pratiquer du sport ?	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞

Si vous ne possédez pas de licence sport adapté, celle-ci sera faite automatiquement.

ACTUELLEMENT VOUS ETES :

Scolarisé :	<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire	<input type="checkbox"/> Intégration individuelle	<input type="checkbox"/> En ULIS	
Pris en charge par un établissement médico-social :	<input type="checkbox"/> IME	<input type="checkbox"/> IMPRO	<input type="checkbox"/> Foyer de vie	<input type="checkbox"/> FAM
Travailleur :	<input type="checkbox"/> ESAT	<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire		

REPRESENTANT LEGAL DU SPORTIF (SI ORGANISME DE TUTELLE NOM, MAIL ET TELEPHONE DU TUTEUR AVEC TAMPON)

Nom et prénom :	Téléphone (joignable lors du séjour)
Adresse :	Nom et tel du médecin traitant

POUR LE SEJOUR :

Autorisez-vous d'être avec une autre personne dans la chambre (lits séparés) ?	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	
Voulez-vous être avec une autre personne qui est inscrite au séjour ?	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Le nom de cette personne :	<input type="checkbox"/> Non 😞
		Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Ami(e)

FICHE D'AUTORISATION

Merci de cocher les cases et de signer en bas de page afin de valider les autorisations

AUTORISATION POUR LES PARTICIPANTS

Je soussigné(e) :	<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur
Représentant légal de :				
Atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour valider les autorisations ci-dessous				

AUTORISATION MEDICALE :

<input type="checkbox"/> 😊 J'autorise
<input type="checkbox"/> ☹️ Je n'autorise pas
<ul style="list-style-type: none">• Le directeur du séjour à prendre toutes les décisions utiles en cas de maladie ou d'accident, en accord avec un médecin et après en avoir été averti et m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux engagés par le CDSA 59.• Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit. La présente autorisation est personnelle et incessible.

DROIT A L'IMAGE

<input type="checkbox"/> 😊 Accepte d'être photographié(e) et/ou être pris(e) en vidéo par le directeur de séjour et son collègue, lors du séjour du 30 mai au 1 ^{er} Avril 2020
<input type="checkbox"/> ☹️ N'accepte pas d'être photographié(e) et/ou être pris(e) en vidéo par le directeur de séjour et son collègue, lors du séjour du 30 mai au 1 ^{er} Avril 2020
<p><i>Ces images peuvent être utilisées sous quelques formes que ce soit (Album de l'évènement, etc.) Je m'engage à ne pas tenir responsable le photographe ainsi que les organisateurs et toutes autres personnes agissantes avec sa permission.</i></p> <p>En signant cet article, je déclare avoir lu les conditions du droit à l'image.</p>

AUTORISATION DE CHAMBRE EN COUPLE : (à compléter uniquement si le participant est déjà en couple, et préciser le nom et le prénom des deux personnes)

J'autorise _____ à dormir en couple avec _____ pendant la durée du séjour. J'ai bien noté que cela ne pourra être possible seulement si le nombre de chambre est suffisant pour l'ensemble des sportifs.
--

DECHARGE TRAITEMENT MEDICAL

<input type="checkbox"/> Je déclare avoir pris connaissance, en page 4, de la législation concernant la préparation des médicaments. Je suis informé(e) qu'en cas de non-respect de ces consignes, le sportif pourra être refusé en séjour du CDSA 59.
--

Fait à :
Le :

Signature :

REGLEMENT INTERIEUR

VIE COLLECTIVE

Le séjour peut être écourté pour les raisons suivantes : (frais de retour à la charge du sportif)

- Si non-respect des consignes de sécurités,
- S'il a un comportement dangereux envers lui-même et/ou les autres,
- Si le dossier médical ou la grille de connaissances est mal renseignée,
- Si l'autonomie est non conforme au tableau se trouvant en page 6.

TRAITEMENT MEDICAL

Conformément à la législation, les représentants légaux sont responsables de la préparation des médicaments.

Il faut impérativement :

- L'ordonnance en cours de validité avec le semainier du sportif,
- Prévoir le traitement pour 2 jours supplémentaires (en cas de problème),
- Nom et prénom + photo, scotchés sur le semainier.

ATTENTION : si possible de demander au médecin traitant d'ajouter la mention « geste de la vie courante » afin d'autoriser la distribution des médicaments du sportif.

ARGENT DE POCHE

Le CDSA 59 et son équipe déclinent toutes responsabilités en cas de perte ou vol.

LICENCE FFSA

Si le sportif n'est pas licencié, une licence non-compétitive sera à rajouter au prix du séjour au montant de : **29€** et un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

Fait à :

Le :

Signature :

FICHE MEDICALE

Cette fiche médicale doit être impérativement complétée par un médecin.
Les informations restent confidentielles.

NOM - Prénom : _____ Date de naissance : __ / __ / ____

Nature du handicap (si connue) : _____

Autres maladies ou déficits : (cocher si concerné)

<input type="checkbox"/> Déficit sensoriel	Type :	
<input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire	Type :	
<input type="checkbox"/> Respiratoire	Type :	
<input type="checkbox"/> Neurologique	Type :	
<input type="checkbox"/> Déficit locomoteur	Type :	
<input type="checkbox"/> Gynécologique	Type :	
<input type="checkbox"/> Psychiatrique	Type :	
<input type="checkbox"/> Antécédents chirurgicaux	Type :	
<input type="checkbox"/> Trouble du caractère ou du comportement	Type :	
<input type="checkbox"/> Altitude déconseillée	A partir de :	
<input type="checkbox"/> Activités en eau thermale autorisées	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Traitement médical lors du séjour	<input type="checkbox"/> OUI (joindre ordonnance)	<input type="checkbox"/> NON

Allergies :

<input type="checkbox"/> Asthme :
<input type="checkbox"/> Alimentaire :
<input type="checkbox"/> Médicamenteuse :
<input type="checkbox"/> Autres :

Cocher les maladies déjà contractées :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Oreillons Scarlatine |

Remarques particulières:

Date : __ / __ / ____

Cachet et Signature du médecin :

FICHE D'AUTONOMIE

SORTIE ET DEPLACEMENTS			COMMUNICATION			
Sort seul	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Sait téléphoner	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	<input type="checkbox"/> Accompagné 😐
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Sait lire	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	<input type="checkbox"/> Accompagné 😐
Sortir seul hors du site	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Sait écrire	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	<input type="checkbox"/> Accompagné 😐
Peut monter et descendre les escaliers	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Communique par : Le langage Les gestes	<input type="checkbox"/> Oui 😊 <input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞 <input type="checkbox"/> Non 😞	
HYGIENE DE VIE			Comprend ce qu'on lui dit	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Un peu 😐	<input type="checkbox"/> Non 😞
Sait aller au WC seul	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Sait gérer son argent de poche	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	<input type="checkbox"/> Accompagné 😐
Est sujet à l'énurésie	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	RELATION AVEC LES AUTRES			
Est sujet à l'encoprésie	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Encadrement	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
Porte des protections	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Autres du groupe	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
Se lave seul	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	SOMMEIL			
Sait se raser	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Difficultés à dormir	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	
Sait s'habiller seul	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Insomnies Angoisses	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	
Se change seul	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Se lève la nuit	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	
S'occupe seul de ses affaires personnelles	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	CAPACITE PHYSIQUE			
			Sait marcher	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Non 😞	
			Sait nager	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Non 😞	
			Sait faire du vélo	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Non 😞	
			HABITUDE DE VIE			
			Tabac	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Nombre :
			Alcool autorisé	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	
COMPORTEMENT						
Indiquez si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières ayant des conséquences sur les activités et la vie quotidienne. Précisez les attitudes à adopter, les précautions, la vigilance. Est-il susceptible de :						
S'alcooliser	<input type="checkbox"/> Oui 😊			<input type="checkbox"/> Non 😞		
Fuguer	<input type="checkbox"/> Oui 😊			<input type="checkbox"/> Non 😞		
Avoir un comportement agressif	<input type="checkbox"/> Oui 😊			<input type="checkbox"/> Non 😞		
Envers lui-même	<input type="checkbox"/> Oui 😊			<input type="checkbox"/> Non 😞		
Envers les autres	<input type="checkbox"/> Oui 😊			<input type="checkbox"/> Non 😞		

Pieces à joindre obligatoirement au dossier d'inscription pour qu'il soit enregistré :

DOCUMENTS A ENVOYER :

- Carte d'identité
- Photo d'identité
- Carte vitale
- Carte de mutuelle
- Licence FFSA (en cours de validité)
- Ordonnance si traitement
- Le montant total du séjour

DOCUMENTS A ENVOYER SIGNES :

- Fiche de renseignements
- Fiche d'autorisations
- Règlement intérieur
- Fiche médicale
- Fiche d'autonomie

ENVOYER AVANT LE : 07/05/2020

AU :

**COMITE DEPARTEMENTAL SPORT ADAPTE NORD
60 RUE DES RAVENNES
59910 BONDUES**

Les premiers à retourner le **dossier complet** seront prioritaires.
Prise en compte : date de réception.

Attention : Les sportifs se retrouveront en mai, date à définir, pour une journée sport afin de découvrir leurs accompagnants ainsi que leurs collègues de séjour.
Les informations concernant cette journée seront envoyées ultérieurement.

Pour plus d'information n'hésitez pas à nous contacter au :
Tel : 03 20 03 65 84

Mail : prestationscda59@ffsa.asso.fr