



Fédération Française
du Sport Adapté

LA RÉUNION



Vacance Sport Adapté à Cilaos



Du 14 au 20 janvier 2020
(7 jours / 6 Nuits)

-Séjour réservé aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique

-Limité à 10 personnes

-Tarif :

Dossier d'inscription (à renvoyer avant le)

Le dossier sportif suivant regroupe l'ensemble des renseignements et documents nécessaires à l'inscription des personnes au séjour vacance sport adapté proposé par la Ligue de la Réunion de Sport Adapté - LRSA.

La participation au séjour vacance de la LRSA **est exclusivement réservée aux licenciés de la Fédération Française du Sport Adapté.**

La LICENCE SPORTIVE SPORT ADAPTÉ est donc OBLIGATOIRE (et s'ajoute au prix du séjour)

> Pour toutes personnes **DEJA LICENCIÉES** (clubs, établissements spécialisés) :
Fournir le n° de licence et la photocopie du certificat médical.

> Pour les personnes **NON LICENCIÉES** :
La demande de licence est à effectuer en même temps que le dossier sportif. La licence est prise soit par le biais de l'association Club Sportif Handicap Nord (CSHN), soit par l'association Espace Handicap Dionysiens.

Le coût de la **licence Adulte loisir** est de 30€. Le coût de la **licence Jeune loisir** est de 25€.

La prise d'une assurance est obligatoire.

Il peut s'agir soit d'une assurance prise personnellement auprès d'un autre organisme soit de l'assurance FFSA qui propose plusieurs formules (détails disponibles sur notre site ou sur simple demande) :

- **Option A** : Responsabilité Civile à 0,95 euros
- **Option B1** : Responsabilité Civile + Indemnités Contractuelles, sans indemnités journalières à 2,00 euros
- **Option B2** : Responsabilité Civile + Indemnités Contractuelles, avec indemnités journalières à 5,00 euros

Le règlement de la licence est à établir au nom de l'association choisie (CSHN ou EHP)

DOCUMENT À FOURNIR pour constituer le dossier sportif.

	Fiche dossier sportif	Page.4
	Fiche de renseignements	Page.6
	Fiche médicale	Page.7
	Fiche traitement	Page.8
	Certificat médical de non-contre-indication à la pratique du Sport Adapté de - de 6 mois	Modèle Page.10
	Attestation d'assurance responsabilité civile	
	Copie Carte d'invalidité	
	Copie du Passeport	
	Copie Carte vitale et attestation de droits CPAM	
	Demande de licence remplie ou noter le n° licence FFSA sur la fiche dossier sportif	Nouvelle Licence Page.9

CERTIFICAT MEDICAL :

Celui-ci doit comporter la spécificité de **non-contre-indication aux Activités Physiques Adaptées ou au Sport Adapté.**

Un certificat attestant la possibilité de pratiquer la natation (par exemple) n'est pas suffisant. En cas de doute, il est plus simple d'en refaire un (certificat type de la FFSA joint [page 10](#)).

NOUVELLE LICENCE SPORTIVE :

Pour une nouvelle demande de licence ([page 9](#)) vous avez le choix entre deux clubs :

Nom du Club FFSA :

CSHN

EHD

Numéro d'affiliation FFSA :

9D/25

9D/17

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, n°78/17 du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.

FICHE DOSSIER SPORTIF

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / / Âge :

Sexe : Féminin Masculin

Contact : Participant Référent Parents Tutelle Curatelle

Nom/Prénom : (S'il y a, sinon précisez le nom du Foyer)

.....

Adresse :

.....

.....

Code Postal/Ville:

.....

Tél. 1 (participant, mère, père, éducateur, tuteur,*) :

Tél. 2 (participant, mère, père, éducateur, tuteur,*) :

E-mail (obligatoire) :

.....

* Rayer les mentions inutiles

Licence Sport Adapté :

Non licencié (Formulaire licence 2018/2019 à remplir)

Déjà licencié au club de Sport Adapté :

N° licence :

Assurance :

Assurance Responsabilité Civile

Société d'assurance personnelle :

.....

-Fournir une attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité (Obligatoire)

Assurance FFSA

La prise d'assurance FFSA n'est possible qu'au moment de la prise de licence.

- Option A - Responsabilité Civile FFSA (RC)
- Option B 1 (RC + garantie accidents corporels)
- Option B 2 (RC + garantie accidents corporels + indemn.-journalières)



Autorisation pour les participants mineurs ou sous tutelle :

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur, responsable légal du participant)*, atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire la personne dont le nom et le prénom figure ci-dessus et l'autoriser à participer, sous ma responsabilité, au séjour indiqué.

Fait le : A :

Signature :

*Rayer les mentions inutiles

Autorisation médicale

J'autorise le directeur de séjour, en accord avec un médecin, à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du participant, y compris la mise en œuvre de tout traitement ou intervention reconnus médicalement urgents.

Fait le : A :

Signature :

Droit à l'image

Les parents ou représentants légaux des personnes accueillies dans le séjour Vacance Adapté autorisent la LRSA à utiliser gracieusement photos ou films où figure leur enfant dans le cadre des activités du séjour pour utilisation dans les brochures ou sur le site Internet de l'association. Si vous ne souhaitez pas que la LRSA utilise photos et films de vos enfants, joindre une lettre au dossier d'inscription le mentionnant.

Fait le : A :

Signature :

PRISE DE LICENCE (obligatoire pour les non licenciés)	Prix indicatif	Prix à payer
LICENCE SPORT ADAPTÉ :		
<input type="checkbox"/> Licence Adulte Non-compétitive	30 €
<input type="checkbox"/> Licence Jeune Non-compétitive (+ de 18 ans)	25 €
Assurance FFSA : (possible seulement en même temps que la prise de licence)		
<input type="checkbox"/> RC = Responsabilité Civile FFSA	0,95 €
<input type="checkbox"/> Option B 1 (RC + garantie accidents corporels)	2,00 €
<input type="checkbox"/> Option B 2 (RC + garantie accidents corporels + indemn.journalières)	5,00 €
TOTAL à payer (Règlement à l'ordre du CSHN ou de l'EHD selon choix)	
PRIX DU SÉJOUR (Règlement à l'ordre de la LRSA)	...???.€	???.€

Cadre réservé à la Ligue

N° Facture :

FICHE RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

VIE QUOTIDIENNE

- Pris en charge ou suivi dans un établissement médico-social Sans prise en charge
 Scolarisé : en milieu ordinaire en intégration en CLIS / ULIS
 Travaille : en ESAT en atelier protégé en entreprise ordinaire

- Pour les actes de la vie quotidienne :
- Est autonome
 - A besoin d'aide pour les activités suivantes :
 - Est dépendant pour les actes suivants :

REPAS, ALIMENTATION

- Suit-il un régime : Oui Non
 Si oui, lequel :
 Préconisations / Remarques :

NUIT, SOMMEIL, COUCHER, LEVER

Remarques (se lève la nuit, peur obscurité ...) :

COMMUNICATION

- | | | | | | | |
|-------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Téléphone : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non | Communication par langage : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Ecrit : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non | Communication par gestes : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Lit : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Non | Communication par cris : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

ARGENT PERSONNEL

- Gère son argent de poche : Seul Avec aide Non

SORTIE, DEPLACEMENTS

- Sait demander son chemin : Oui Non
 Se repère dans de nouveaux lieux : Oui Non
 A besoin d'une surveillance particulière : Oui Non
 Risque de fuite : Oui Non

ACTIVITES, LOISIRS

- Participe de manière volontaire aux activités : Oui Non
 A besoin d'être stimulé pour participer : Oui Non
 Activités sportives pratiquées :

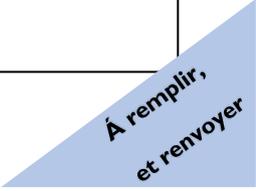
 Quelle fréquence : + d'1 fois/semaine 1 fois/semaine 2/3 fois par mois Moins de 1 fois par mois
 Marche : - d'1h 1-2h 2-3h 3-5h + de 5h
 Sait nager : Oui Non Avec aide (brassards / ceinture...) A peur de l'eau
 Sait faire du vélo : Oui Non Avec aide (roulettes / tandem / tricycle)

RELATIONS

- Apprécie la vie de groupe : Oui Non
 Se sent plus à l'aise dans un petit groupe : Oui Non
 Manifeste peu de relations aux autres : Oui Non

Indiquez ci-dessous tous renseignements que vous jugez utiles quant au comportement de la personne (émotivité, agressivité...) et quant à ses habitudes de vie (santé, religion, sens social...) :

 Qualité de la personne ayant remplie cette fiche :



FICHE MÉDICALE

Nom : Prénom :

Médecin traitant : **Tel :**

Adresse :
.....
.....

Informations médicales :

Poids / Taille :

Pointure (location chaussures ski) :

Port de lunettes : Port de lentilles :

Vaccination Tétanos, date du dernier rappel :

Traitements médicaux :

Suit un traitement médical : Oui Non

Le prend : Seul Avec aide À donner

Type de handicap :
.....
.....

Antécédents médicaux :

Epilepsie type de crise : Stabilisée occasionnelle fréquente

Diabète type :

Allergies type :

Maladies cardio-vasculaires type :

Asthme – autres affections respiratoires type :

Trouble de la coagulation type :

Maladie neurologique type :

Maladie rénale type :

Allergies type :

Affections dermatologiques, type :

Hernies type :

Problème orthopédique type :

HTA, variation de tension habituelle :

Antécédents chirurgicaux :
.....
.....

Antécédents traumatiques sportifs :
.....
.....

Régime particulier :
.....
.....

FICHE TRAITEMENTS

Nom : Prénom :

Feuille à barrer si pas de traitements

TRAITEMENTS MEDICAUX					
DESIGNATION	POSOLOGIE				
	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres

AUTRES (Injections, soins médicaux spécifiques...)					
DESIGNATION	POSOLOGIE				
	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres



FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2018-2019

Ce formulaire doit être rempli, signé, accompagné du certificat médical et/ou du questionnaire santé.

L'ensemble de ces documents doit être conservé par le club.

RÉGION RÉUNION

Nom du club FFSA : _____

N° d'affiliation FFSA : _____

Identité et type de licence

Civilité : Madame Monsieur

N° de licence FFSA : _____

(Dans le cas d'un renouvellement uniquement)

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

E-Mail : _____

- | | | | |
|--------------------------|--|------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Licence Adulte - compétitive ⁽¹⁾⁽²⁾ | 30 € | (dont quote-part régionale : 3 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Adulte - non compétitive ⁽¹⁾⁽²⁾ | 30 € | (dont quote-part régionale : 3 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Jeune - compétitive ⁽¹⁾⁽²⁾ | 25 € | (dont quote-part régionale : 3 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Jeune - non compétitive ⁽¹⁾⁽²⁾ | 25 € | (dont quote-part régionale : 3 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Dirigeant ou Bénévole | 30 € | (dont quote-part régionale : 3 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Autre pratiquant ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ | 30 € | (dont quote-part régionale : 3 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Officiel, Juge et arbitre ⁽⁴⁾ | 0 € | |

Qualification(s) FFSA obtenue(s) (arbitre, juge, juge-arbitre, marqueur, informatique, officiel chronométrateur, exerceur, médiateur de jeu ...) :

Discipline(s) sportive(s) : _____ Date(s) d'obtention(s) : _____

(1) La licence FFSA compétitive ou non-compétitive s'adresse exclusivement aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique accueillies dans un établissement ou service spécialisé du milieu soignant, médico-social, social ou de l'éducation nationale, dont l'objet est l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental ou psychique (IME, IMPro, ESAT, Foyer occupationnel, FIAN, MAS, foyer de vie pour personnes en situation de handicap mental ou de handicap psychique, SAMSAH psychiatrique, SESSAD, hôpital de jour de psychiatrie et pélopsychiatrie, GEM spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, CLIS ULIS, ITEP, MECS...). Au besoin, une attestation de l'établissement ou la structure pourra être demandée par les instances fédérales.

(2) La licence Autre pratiquant, s'adressant aux personnes qui ne sont pas en situation de handicap mental et/ou psychique et nécessite un certificat médical.

(3) Certificat médical obligatoire.

(4) Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et si (hors Officiels de table de marque).

Médical

Date du certificat médical : ____ / ____ / 20__

Avec contre-indication Sans contre-indication

Pratique en compétition OUI NON

Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :

OUI NON

Droit à l'image

Assurance

Attention : L'assurance Responsabilité civile couvrant les activités physiques et sportives est **obligatoire** mais non imposée par la FFSA. La garantie accidents corporels est facultative mais vivement recommandée.

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante :

(Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3
RC fédérale et assistance MAIF	RC fédérale	(RC comprise)	(RC comprise)	(RC comprise)
0,95 €	(1)	2,00 €	5,00 €	11,00 €

⁽¹⁾ Si vous ne souhaitez pas souscrire à la RC fédérale, merci de faire parvenir à votre club votre attestation d'assurance mentionnant qu'elle couvre les activités physiques et sportives pratiquées dans le cadre de la FFSA.

Je soussigné(e) président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Je souhaite adhérer à la FFSA et pratiquer des activités sportives adaptées correspondant à mes choix. Je déclare également avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 4 pages et j'en accepte ses conditions.

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 4 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Signature du (de la) président(e)
et cachet du club

Signature du sportif

Signature de son représentant légal



**CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS
À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES EN SPORT ADAPTÉ
SAISON SPORTIVE 2019-2020**

N° de licence FFSA :

Nom du club FFSA :

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr

Né(e) le

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique de toute activité physique et sportive adaptée « hors compétition » que le licencié aura choisie [participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous].

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique des activités physiques et sportives adaptées « en compétition », dans les disciplines suivantes (citer chacune des disciplines autorisées en compétition), que le licencié aura choisie :

Restrictions ou remarques éventuelles :

NB : pour les disciplines concernées par l'article A. 231-1 du Code du sport, modifié par l'arrêté du 9 juillet 2018, se référer à ce texte (alpinisme, boxe anglaise, plongée subaquatique, rugby, spéléologie, etc.).

Protection des données : Informations préalables

Les informations recueillies dans le présent certificat ont pour finalité l'obtention d'une licence d'une fédération sportive (article L. 231-2 du Code du sport). Ces informations sont enregistrées par l'association à des fins de saisie de la licence.
Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et la date du certificat médical est mentionné dans le fichier informatisé tenu par la Fédération Française du Sport Adapté. Cette durée peut être prorogée dans le cas d'un renouvellement de licence (cf. page 2 du présent document). Le dossier du sportif comprenant ce certificat médical est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non renouvellement de sa licence par l'association concernée.
Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et d'un droit de rectification ou d'un droit de suppression des données vous concernant.
Afin d'exercer ces droits, vous pouvez contacter l'association qui a saisi votre licence.

Fait à..... le

Signature et cachet du médecin :