

# Stage sportif 2020

Le Crotoy

10 avril au 13 avril

450€ par  
personne

18 ANS ET +  
BONNE AUTONOMIE  
LICENCE FFSA

## BALADE A CHEVAL



## RANDO PEDESTRE



## PIROGUE



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](mailto:prestationscdsa59@ffsa.asso.fr) - Facebook : Comité Départemental Sport Adapté Nord

## INSCRIPTION SEJOUR SPORTIF 10-13 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
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) :

Moi-même

Père

Mère

Tuteur

Représentant légal de :

Atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour valider les autorisations ci-dessous

### AUTORISATION MEDICALE :

😊 J'autorise

😞 Je n'autorise pas

- 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

😊 Accepte d'être photographié(e) et/ou être pris(e) en vidéo par le directeur de séjour et son collègue, lors du séjour du 10 au 13 Avril 2020

😞 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 10 au 13 Avril 2020

*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.*

En signant cet article, je déclare avoir lu les conditions du droit à l'image.

### 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

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 sécurité,



- 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 😊



# COMITE DEPARTEMENTAL SPORT ADAPTE



## NORD

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 😞		
<b>HYGIENE DE VIE</b>			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 😞	<b>RELATION AVEC LES AUTRES</b>				
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 😞	<b>SOMMEIL</b>				
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 😞	<b>CAPACITE PHYSIQUE</b>				
			Sait marcher	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Non 😞		
			Sait nager	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Non 😞		
			Sait faire du vélo	<input type="checkbox"/> Oui 😊	Non 😞		
			<b>HABITUDE DE VIE</b>				
			Tabac	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞	Nombre :	
			Alcool autorisé	<input type="checkbox"/> Oui 😊	<input type="checkbox"/> Non 😞		
<b>COMPORTEMENT</b>							
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

### DOCUMENTS A ENVOYER SIGNES :

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

# COMITE DEPARTEMENTAL SPORT ADAPTE



## NORD

- Le montant total du séjour
- Carte européenne

ENVOYER AVANT LE : 20/03/2020

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 la dernière semaine de mars 2020 , date à définir, pour une journée sport afin de découvrir leurs accompagnants ainsi que leurs collègues de stage.

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 : [prestationscdsa59@ffsa.asso.fr](mailto:prestationscdsa59@ffsa.asso.fr)