



SÉJOUR ADULTES

16 au 19 décembre 2024



Gîte la Vattay
Mijoux, 01410

Organisé avec le
soutien de l'Adapei
01

PROGRAMME :



Chien de traîneau



Raquettes



Promenades et
visites

Contact :

- Eliott CHRETIEN LALLOZ
- agent.cdsa01@gmail.com
- 07.82.41.30.07

Tarif :

350€

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

Séjour d'Hiver

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Les inscriptions sont enregistrées dans la limite des places disponibles et par ordre d'arrivée des dossiers complets.

L'inscription devient effective à la réception de tous les documents constituant le dossier d'inscription :

- La Fiche d'Inscription
- La Fiche de Renseignements
- La Fiche médicale

Et le règlement financier :

- Arrhes du coût du week-end/séjour (90€) ou règlement complet (350€).
- (Coût de la licence sportive, si non licencié FFSA.)

Ainsi que les documents spécifiques suivants :

- Photocopie Carte Vitale ou attestation carte vitale
- Photocopie Carte d'Identité
- Photocopie dernière ordonnance médicale (si traitement en cours)

Pour participer aux séjours du CDSA 01, le sportif doit être titulaire d'une licence sportive FFSA en cours de validité.

Afin de préserver l'environnement et pour accélérer le traitement de votre dossier, nous privilégions l'envoi par mail des confirmations, attestations et facturations des séjours.

N'oubliez pas d'indiquer votre adresse électronique sur la fiche d'inscription.

INFORMATIONS GENERALES

- **Lieu de départ des week-ends et séjours :**

- Parking de l'IME Le Prélion, 27-25 Route de Lent, 01960 PERONNAS.
- Horaires variables en fonction du jour de départ.
- En fonction des demandes d'autres lieux de rendez-vous peuvent être définis, pour en savoir plus nous contacter.



- **Les lieux d'accueil :**

Nous avons sélectionné pour chaque séjour des lieux qui respectent un temps de trajet qui nous paraît être adapté aux particularités des personnes pouvant être accueillis, respectant :

- Un temps de trajet réduit
- Des véhicules en bon état et entretenus régulièrement.
- Des lieux d'hébergements garantissant un couchage
- Pour les séjours accueillant des personnes à mobilité réduite, des lieux adaptés en termes d'accessibilité.

- **Accompagnateurs - animateurs - éducateurs :**

Pour nos séjours nous privilégions un accompagnement au quotidien par des personnes ayant une expérience et une formation auprès du public en situation de handicap mental ou psychique. Ces personnes peuvent être des étudiants des filières du secteur médico-social (Educateurs spécialisés, Moniteur Educateur, Accompagnant Educatif et Social) ou des personnes ayant une expérience acquise lors de séjours adaptés ou de journées Sport Adapté.

Un éducateur sportif formé au Sport Adapté est aussi essentiellement pour le bon déroulement du séjour pour nous dans l'accompagnement particulier lié à la pratique sportive.

FICHE D'INSCRIPTION 1/3

NOM :

PRENOM :

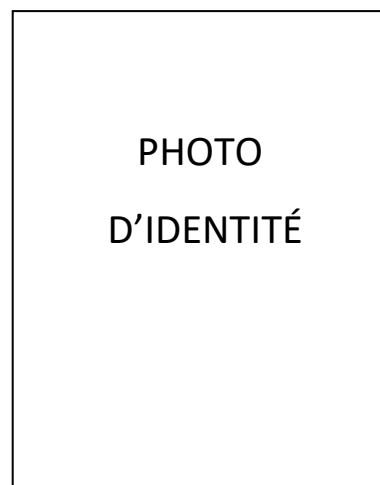
Date de Naissance : __/__/____

Sexe : Féminin Masculin

N° Sécurité Sociale :

Adresse :

Code Postal : ____ Ville :



Déjà licencié FFSA 2024/2025

N° licence :

Non licencié (*Prise de licence FFSA obligatoire : Licence Individuelle ou établissement*)

Contact : Participant Référent Parent Tuteur

Nom/Prénom :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :



Siege : 2120 Route de Lagny, 01000 PERONNAS
Téléphone : 07.82.41.30.07
Mail : agent.cdasa01@gmail.com
Web : www.sportadapte01.com

FICHE D'INSCRIPTION 2/3

Actuellement le participant est :

- Soit** pris en charge dans un établissement médico-social (nom et ville) :
.....
- Soit** travailleur :
 - En ESAT (nom et ville) :
.....
 - En milieu ordinaire
- Soit** Sans prise en charge

Autorisations :

Je soussigné Mme / Mr

Représentant légal de Mme/Mr
..... :

- Autorise son inscription au(x) séjour(s) ou weekend(s) indiqué(s) ci-après ;
- Autorise le responsable du séjour, en accord avec un médecin à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du participant, y compris en situation d'urgence ;
- Autorise le CDSA 01 à prendre et utiliser gracieusement les photos ou films où figure la personne de la communication non commerciale propre au Comité Départemental du Sport Adapté de l'Ain.

FICHE D'INSCRIPTION 3/3

Prise de licence (Rappel la licence FFSA 2023/2024 est obligatoire pour participer)	Prix Indicatif	Prix à payer
<input type="checkbox"/> Licence Adulte FFSA 2024/2025 * (Renseigner vous auprès du club sport adapté local ou du Cdsa01)	Variable*
<input type="checkbox"/> Déjà titulaire d'une Licence	-
	Sous total

Activités weekend et court séjour Sport Adapté :		
<input type="checkbox"/> Séjour Hiver à La Vattay Du 16 au 19 Décembre 2024 (4jours/3nuits) Réservation : 90 € (Arrhes)	350 €
	TOTAL à payer

Règlement à l'ordre du :

« **Comité Départemental du Sport Adapté de l'Ain** » ou « **CDSA 01** »

Virement Bancaire, réf. :
...

Chèque n°..... Banque :

Date : __ / __ / ____

Autre :
Signature :

Titulaire Compte		Banque	IBAN
Comité Départemental du Sport Adapté De l'Ain (CDSA 01)		Crédit Agricole Centre-Est / AGRIFRPP878	FR76 1780 6004 4062 2416 7215 379
Etablissement	Guichet	Clé RIB	Compte
17806	00040	79	62241672153



CDSA 01
Siège : 2725 Route de Lent, 01960 PERONNAS
Téléphone : 07.82.41.30.07
Mail : agent.cdsa01@gmail.com
Web : www.sportadapte01.com

FICHE DE RENSEIGNEMENT 1/3

AUTONOMIE

ALIMENTATION

Généralités :

- Mange seul (e) Surveillé(e) Aide au repas A Faire manger
- Matériel adapté :
- Prothèse dentaire :

Régime alimentaire :

- Pas de régime Hypocalorique Hypo cholestérol Riche en fibres Sans crudités
- Autre :

Préparation des aliments :

- Normale Couper la viande Couper les aliments Hachés Moulinés
- Autre :

Hydratation :

- Rien à signaler A surveillée Eau gélifiée exclusivement

TOILETTE / HYGIENE

Généralités : Est autonome. A besoin d'aide / Aide partielle Est dépendant / Aide totale :

Précisions :

.....

.....

.....

.....

Modalités : Douche Bain Lavabo

Consignes particulières :

.....

.....

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2/3

WC : Se gère seul(e) A besoin d'aide Solliciter pour aller au WC Porte des protections

Précisions :
.....
.....
.....

GESTION DE L'HABILLAGE ET DU LINGE

Habillage : Gère seul (e). Aide partielle _____ Aide totale

Précisions :
.....
.....
.....

Déshabillage : Gère seul(e) Aide partielle Aide totale

Précisions :
.....
.....

COUCHER / LEVER

Lits : Hauteur variable Barrières Matelas spécifique Drap spécifique Peut dormir à plusieurs dans une chambre Accepte les lits superposés

Précisions :
.....
.....
.....

Protocole / routine : Au lever Au coucher

Précisions :
.....
.....
.....

FICHE DE RENSEIGNEMENT 3/3

Vie Sociale

Sortie et Déplacements :

Sort seul(e) :

Oui

Non

Si non, précisez les difficultés rencontrées et les besoins particuliers :

.....

.....

.....

Gère son argent seul(e) :

Oui

Non

Argent de poche prévu pour le séjour :

Oui

Non

Activités, loisirs :

A besoin d'être stimulé pour participer :

Oui

Non

Pratique régulièrement une activité physique et sportive :

Oui

Non

si oui, quelle(s) activité(s) et à quelle fréquence :

.....

.....

.....

Comportements, relationnels :

Apprécie la vie en groupe de manière générale :

Oui

Non

- si non, se sent plus à l'aise en petit groupe :

Oui

Non

Etablis des relations avec les autres :

Oui

Non

Précisions importantes nécessaires :

.....

.....

.....

A un objet fétiche :

Oui

Non

Précisions :

.....

FICHE MÉDICALE 1/3

Cette fiche médicale doit être impérativement complétée par un médecin.

Les informations restent confidentielles.

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

MEDECIN TRAITANT :

Docteur :

Adresse

Coordonnées :

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

Est soumis à une prise de médicament :

- Non
 Oui : Lever - Matin - Midi - Soir - Coucher - Nuit
(Entourer à quel(s) moment(s) dans la journée et remplir la fiche de posologie)

Gestion de la prise de médicament :

- Seul / autonome Aide partielle/ à surveiller Aide complète

Antécédents Médicaux devant être connus :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FICHE MÉDICALE 2/3

Autres maladies ou déficits : (cocher si concerné)

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Déficit sensoriel | Type : |
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire | ... |
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | Type : |
| <input type="checkbox"/> Neurologique | ... |
| <input type="checkbox"/> Déficit locomoteur | Type : |
| <input type="checkbox"/> Gynécologique | ... |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrique | Type : |
| <input type="checkbox"/> Antécédents chirurgicaux | ... |
| <input type="checkbox"/> Trouble du caractère ou du comportement | Type : |
| <input type="checkbox"/> Altitude déconseillée | ... |

Activités en eau thermale autorisées : NON OUI

Traitement médical lors du séjour : NON OUI (si oui joindre l'ordonnance)

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres

Précisions :

.....

.....

.....

.....

Cocher les maladies déjà contractées :

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

Précisions importantes nécessaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : / /

Cachet et Signature du médecin :



CDSA 01
Siège : 2725 Route de Lent, 01960 PERONNAS
Téléphone : 07.82.41.30.07
Mail : agent.cdasa01@gmail.com
Web : www.sportadapte01.com

Fiche de posologie

Nom Prénom :

TRAITEMENT MEDICAUX					
Désignation	POSOLOGIE				
	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres

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

Joindre l'(es) ordonnance(s) en cours.

RAPPEL DES SEJOURS PROPOSES POUR L'ANNEE 2024 :

Attention chaque séjour peut être adapté en fonction des besoins de chaque participant sur demande préalable lors de l'inscription.

D'autres séjours ou week-end peuvent être prévus en fonction des demandes et des besoins par exemple d'un établissement médico-social, le coût du séjour peut alors varier (en fonction des formules d'accompagnement, de restauration et d'activités souhaitées).

Nous restons à votre disposition pour plus de précision :

agent.cdsa01@gmail.com

07.82.41.30.07

www.sportadapte01.com

