



DOSSIER D'INSCRIPTION

SEJOUR SPORTIF ADAPTE

PHOTO
VACANCIER

PARTICIPANT

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : **M** **F**
N° de licence FFSA :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tel fixe :
Tel portable :
Adresse mail :

SEJOUR

Du
Au
Tarif du séjour :
Acompte de réservation : (25% du total)

MEDECIN TRAITANT

NOM :
Téléphone :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

ETABLISSEMENT FREQUENTE

NOM :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :
E-mail :
Réfèrent du vacancier :
Téléphone :
E-mail :

CONTACT PENDANT LE SEJOUR

NOM :
Prénom :
Fonction :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :

ADRESSE DE FACTURATION

Famille Institution Autre

NOM :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :

Je, soussigné(e), M/Mme agissant en qualité de
certifie avoir pris connaissance et accepte les conditions générales du séjour et autorise la
présente personne dont les informations sont données dans ce document à y participer.

Fait à Le

Signature du responsable légal (tuteur ou vacancier en personne)

AUTONOMIE – VIE QUOTIDIENNE

Autorisation	OUI	NON
Gère ses sorties Seul		
Gère ses vêtements Choisit ses vêtements		
Traitement médical ? Gère ses médicaments		
Gère son argent		

Habitudes de vie	OUI	NON
Sommeil		
Se lève la nuit		
A un réveil/lever difficile		
Se lève tôt (heure :)		
Fait la sieste		
Vol		
Tendance à fuguer		
Tendance à errer		

Capacités physiques	OUI	NON
Marche		
Bon		
Moyen		
Limité		
Appareillage		
Fauteuil		
Besoin d'un appui (tenir le bras...)		
Monte les escaliers		
Couchage en lit superposé		
Sait nager (diplôme 25 m)		
Baignades autorisées		
Sait faire du vélo		
Sur route ?		
Pratique d'une activité sportive en club (association :)		
Difficultés motrices (Précisez....)		

APPAREILLAGE	OUI	NON
Porte des lunettes		
Mal voyant		
Porte un appareil auditif		
Porte un appareil dentaire		
Fauteuil de confort		
Déambulateur		
Autres appareillages (Précisez :)		

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
ALIMENTATION			
Mange			
Boit			
Fausse route	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Alimentation mixée	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Aliments coupés fins	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Aliments hachés	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire			
Allergie alimentaire			
Autres remarque			

TOILETTE	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase			
Se chausse			
Va aux toilettes			

Communication	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
Sait s'orienter			
A la valeur de l'argent			

Consommation	Oui	Non	Quantité par jour
Tabac			
Alcool			
Café			
Autres, précisez :			

PATHOLOGIE	Oui	Non
Diabète		
Si oui, gère seul ?		
Epilepsie		
Fréquence		
Signes annonciateurs		
Asthme		
Allergies , précisez :		
Enurésie nocturne / diurne		
Encoprésie		
Contraception		
Mode :		

COMPORTEMENT	Oui	Non
Crises d'angoisses , cause(s) :		
Phobies , précisez :		
Conscience du danger		
Agressivité envers lui ?		
Agressivité envers les autres ?		

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS, REMARQUES

Le participant a-t-il déjà participé à des séjours auparavant ? Oui Non

INFORMATIONS MEDICALES

Ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d'urgence !

Nom et prénom :

Date de naissance :

1. **Poids** :

2. **Type de handicap** :

- | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficience Intellectuelle (QI) : | <input type="checkbox"/> <35 | <input type="checkbox"/> 35<QI<55 | <input type="checkbox"/> 55<QI<75 | <input type="checkbox"/> >75 |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétique ou chromosomique | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles délirant | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizotypique | type..... | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur, trouble affectif bipolaire | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement, accès d'agitations | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Autisme ou syndrome autistique | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics | type | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre trouble mental | type | | | |

3. **Déficit sensoriel**

Visuel : type
Port de lunettes de lentilles

Auditif : type
Appareillages oui non

4. **Antécédents médicaux**

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | type de crise |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires | type |
| <input type="checkbox"/> Asthme – autres affections respiratoires | type |
| <input type="checkbox"/> HTA variation de tension habituelle : | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation | type |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique | type |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale | type |
| <input type="checkbox"/> Allergies type | |
| <input type="checkbox"/> Affections dermatologiques, | type |
| <input type="checkbox"/> Hernies type | |
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire | type |
| <input type="checkbox"/> Problème orthopédique | type |

5. Antécédents chirurgicaux

Type :

6. Antécédents traumatiques sportifs

Type :

7. Médication en cours

Nom des médicaments	Posologie	Heures	Date de prescription

8. Allergies médicamenteuses connues

9. Vaccination Tétanos :

Date du dernier rappel :

FICHE D'AUTORISATIONS

1. Autorisation relative à l'hospitalisation

- Autorise que soient prises, en cas d'urgence, toutes décisions de soins, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, nécessaires à la santé du vacancier

2. Autorisation relative au transport

- Autorise les professionnels accompagnants sur le séjour, titulaires du Permis B depuis 2 ans minimum, à transporter le vacancier, dans le cadre du séjour

3. Autorisation relative aux sorties

- Donne mon accord pour la participation du vacancier aux activités extérieures sous la responsabilité du comité

4. Autorisation relative aux droits à l'image photographique et vidéo

Autorise le CDSA de Vendée à utiliser l'image du vacancier (photos ou vidéos prises sur le séjour) pour sa diffusion sur les supports de communication du comité (plaquettes, brochures, journal, diaporamas, réseaux sociaux, site internet, médias...)

- Oui Non Oui, mais exceptions :

Date :

Signature :

PIECES A FOURNIR

- Une photo d'identité récente
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de la carte d'identité
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive
- Photocopie de la carte orange d'invalidité
- Photocopie de la carte de votre mutuelle complémentaire
- Photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- Photocopie de l'ordonnance pour tout traitement
- Photocopie des vaccinations obligatoires
- Photocopie du brevet de natation ou test antipanique (si acquis)
- Chèque de participation à l'ordre du CDSA de Vendée (acompte = 25% du total)

Pour toute information complémentaire, contacter :

Pauline MORICEAU, chargée de développement au Comité Départemental du Sport Adapté 85

Par mail : sportadaptevendee@gmail.com

Par téléphone : Au 02 51 44 27 55 ou au 06 85 88 63 85

Les documents sont à retourner au :

Comité Départemental du Sport Adapté de Vendée

Maison Départementale des Sports

202 Boulevard Aristide Briand BP-167

85000 la Roche sur Yon

sportadaptevendee@gmail.com