Séjour d’été

**Dossier d’inscription**

**du lundi 09 au vendredi 1 3 Aout 2021**



***A retourner avant le 01/07/21***



La Ligue Sport Adapté de Normandie propose un séjour d’été avec des promenades, des activités attrayantes, ludiques et adaptées au rythme de chacun, au cœur d'un paysage magnifique.

Un dépaysement, une ambiance amicale et stimulante seront les maîtres mots pour tous les vacanciers.

Le choix d'activités dynamiques en alternance avec d'autres plus douces permettront de respecter les capacités des personnes accueillies lors de ce séjour.

**LIEU :**



Base de loisirs de Léry Poses en Normandie. Nous vous proposons de vivre 2 semaines au calme dans des chalets de 4 personnes entre lac / promenades et terrain de pétanque.

A seulement 1 h de la plage, 20 min de Rouen, c’est l’endroit rêvé pour se détendre.

**EFFECTIF :**

 Notre séjour peut recevoir toute personne porteuse de handicap mental ou psychique de 18 à 77 ans avec une bonne autonomie quotidienne. Une surveillance sinon une incitation à la toilette peut être fournie. Une aide peut également être apportée à la gestion de l’argent de poche, du linge, lors de la prise d’un traitement médical ou d’une sortie pour ne pas se perdre. Un minimum de 6 et un maximum de 15 personnes est envisagé pour le bon fonctionnement du séjour.

**ENCADREMENT :**

 Le séjour est sous la responsabilité de la Ligue Régionale délégué à Madeleine Lefebvre, Agent d'animation et de promotion des Activités Physiques et sportives à la LSAN (maîtrise STAPS mention Activités Physiques Adaptées) et Margo Mastrorillo (Master STAPS mention APAS).

La gestion de la vie quotidienne sera assurée par une équipe de la LSAN et les activités physiques et sportives proposées seront elles encadrées par les professionnels en sport adapté de l'équipe et/ou par des brevets d'État.

**ACTIVITES :**

 Les activités proposées ont soigneusement été choisies pour répondre aux capacités, aux besoins et aux envies des personnes accueillies lors de ces séjours.

Le programme des activités va être conçu de manière à alterner des temps d'activités physiques dynamiques, plus douces et des temps de détente...

Ces activités seront bien évidemment modulées en fonction de la météo et des envies de chacun...

Cette année au programme, nous vous proposons entre autre :Visites de Biotropica, Ciné en plein air, Tournois de pétanque, jeux, randonnée, vtt, draisienne, canöé kayak/ Pédalo / Paddle, escalade, tir à l’arc…

**PRIX :**

Droit d'inscription : 600 euros

Ce prix comprend : l'hébergement, le transport sur place, la nourriture, et les activités.

**AUTRES INFORMATIONS :**

Rendez-vous :

* Pour l’arrivée : le lundi matin à 10h00 à l’accueil du centre sportif, lac du mesnil, Rue du Souvenir Français, 27740 Poses
* Retour le vendredi, même lieu à 16h30

Chaque chalet dispose :

* Séjour avec un canapé fixe
* 1 kitchenette
* 1 chambre avec un lit double (140x90 cm)
* 1 chambre avec 2 lits de 1 personne (80x190 cm)

Equipements :

* Séjour avec kitchenette équipée : télévision, réfrigérateur, congélateur, lave-vaisselle, bouilloire, cafetière, micro-ondes, grille-pain, plaque vitrocéramique
* Terrasse avec : barbecue et salon de jardin d'avril à septembre
* Accès internet par Wifi gratuit
* Salle de bain avec douche, lavabo et sèche serviette.

A vous d'amener pour chaque lit : 1 drap plat – ou 1 duvet, nécessaire de toilette.

-Il est important que le vacancier adapte son trousseau aux activités prévues : chaussures de marche, vêtements de sport, vêtement de pluie, maillot de bains...

**Merci de retourner l’inscription ci-jointe des participants à :**

Madeleine LEFEBVRE

Ligue Sport Adapté Normandie

1 l’Ile au moulin

27100 Le VAUDREUIL

Tél : 06 43 61 99 65

Mail : sportadapte27@gmail.com

Merci d’accompagner l’inscription d’un chèque de 180€ (à l’ordre de la Ligue Sport Adapté Normandie) de réservation. (30% du prix du séjour de 600€), l’autre partie sera réglée **au plus tard** sur place au début du séjour.

Pour toute annulation justifiée, la Ligue Sport Adapté Normandie s’engage à rembourser totalement les arrhes versées, jusqu’à un mois de la date du début du séjour. Autrement les arrhes resteront à la LSAN.

**Dossier d’inscription**

**NOM ET PRENOM DU SPORTIF** : ............................................................................................................................

**Date de naissance** : ............................................ **Sexe** : Masculin \_ Féminin \_

**Nom et prénom du représentant légal :**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Nom, adresse et numéro de tél de l’établissement spécialisé du sportif……………………………………………………………………………………………………………………**

**Nom et prénom de la personne référente au sein de l’établissement spécialisé :**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**N° de licence FFSA et Nom de l’association sportive à laquelle le sportif est affilié** : ...................................................................................................................................................

**Adresse** : ........................................................................................................................................................................

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

**Documents à remplir et à joindre :**

* Fiche d’informations médicales ci jointe
* Fiche d’autorisation ci jointe
* Attestation d’assurance individuelle ci jointe
* Grille d’inscription complémentaire ci jointe
* Photocopie attestation CPAM et mutuelle (la photocopie de la carte vitale n’est pas valide)
* Photocopie carte d’identité
* Certificat d’aptitude à la pratique sportive
* Photocopie Licence Sport Adapté 2019/2020
* Certificat des 25m (pour la pratique d’activités aquatiques)

Le jour de l’arrivée :

* Ordonnance si traitement médicale
* Carte Vitale

**Informations médicales concernant le sportif**

**NB : ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d’urgence !**

1. Poids : ……….

2. Type de handicap : Nom du médecin traitant : .............…………….

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

N° tél. : .............................................................................

* Déficience Intellectuelle (QI) : ¤35 ¤35QI55

¤ 55QI75 ¤75

* Maladie génétique ou chromosomique type ........................................................
* Troubles délirant type ........................................................
* Schizophrénie ou trouble schizotypique type.........................................................
* Trouble de l’humeur, trouble affectif bipolaire type……………………………………….
* Troubles du comportement, accès d’agitations type…………………………………………
* Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels type ........................................................
* Syndrome dépressif type ........................................................
* Trouble de l’alimentation type ........................................................
* Trouble du sommeil type ........................................................
* Trouble de la personnalité type ........................................................
* Autisme ou syndrome autistique type ........................................................
* Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics type……………………………………….
* Autre trouble mental type ........................................................

3. Déficit sensoriel :

* Visuel : type ……………………………..

port de lunettes ¤ de lentilles ¤

* Auditif : type ………………………….

***Appareillages*** ¤ ***oui non*** ¤

4. Antécédents médicaux :

* Epilepsie type de crise ..........................................
* Maladies cardio-vasculaires type ........................................................
* Asthme – autres affections respiratoires type ........................................................
* HTA variation de tension habituelle : ............
* Trouble de la coagulation type ........................................................
* Maladie neurologique type ........................................................
* Maladie rénale type ........................................................
* Allergies type ........................................................
* Affections dermatologiques, type ........................................................
* Hernies type ........................................................
* Prothèse dentaire type ........................................................
* Problème orthopédique type ........................................................

5. Antécédents chirurgicaux :

Type : ..........................................................................................................................................................................

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

6. Antécédents traumatiques sportifs :

Type : ..........................................................................................................................................................................

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

7. Médication en cours : (joindre ordonnance et traitement médicale au responsable du séjour lors de l’arrivée)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom des médicaments | **Posologie** | **Heures** | **Date de****prescription** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

8. Allergies médicamenteuse connues :

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

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

Autre type d’allergie : ..........................................................................................................................

9. Vaccination Tétanos :

date du dernier rappel .........................................................................

10. Régime particulier :

**Diabète : oui** ¤ **non** ¤

Autre type : .......................................................................................................................................................

***Joindre : la photocopie de la carte de sécurité sociale, de la mutuelle complémentaire et le certificat médical (reçu avec la licence FFSA).***

**FICHE D’AUTORISATION**

Je soussigné(e) parents, tuteur légal ou responsable de l’association (rayez la mention inutile)

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

— Autorise :

Nom et prénom du sportif...............................................................................................

Membre de l’association :..............................................................................................

N° d’affiliation de l’association : .................................

A participer au « ……………………………………… » Du………… à ……………………….

— Accorde au LSAN et ses représentants, la permission irrévocable de publier toutes les photographies ou les images du sportif que je représente, prises lors du séjour :

Ces images peuvent être exploitées dans le cadre du développement du sport adapté (ex : articles presses,…).

\_ Autorise le responsable du séjour à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux (y compris l’anesthésie) qui s’avèreraient nécessaires.

Date et signature

(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

**FEDERATION FRANCAISE DU SPORT ADAPTE SAISON SPORTIVE 2019/2020**

**ATTESTATION D'ASSURANCE INDIVIDUELLE**

(seulement **si vous ne souscrivez pas l'assurance de la FFSA** )

La Société d’assurance : .........................................................................................................

atteste avoir délivré à Madame, Mademoiselle, Monsieur

Nom : .......................................................... prénom : ............................................................

Adresse (précise) : ..................................................................................................................

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

un contrat d’assurance N° ........................................... assurant **du 1er septembre 2019 au 31 août 2020**, sa responsabilité civile pour toutes les activités sportives ou non auxquelles il (elle) sera amené(e) à participer dans le cadre de la Fédération Française du Sport Adapté, y compris les rencontres et compétitions sportives locales, départementales, régionales, nationales ou internationales.

**NO AFFILIATION ASSOCIATION ……/…..**

**NO LICENCE SPORT ADAPTE …………….**

Cette attestation, conforme aux dispositions de l’article 37 de la loi 84/610 du 16/7/1984 et du décret 91/582 du 19 juin 1991, est établie pour servir et valoir ce que de droit.

DATE ET CACHET DE L'ASSUREUR

**GRILLE D’INSCRIPTION COMPLEMENTAIRE**

**POUR LES ADULTES HANDICAPES**

|  |
| --- |
| Nom et prénom : ……………………………………………………………………Date de naissance : …………………………………………………………………………N° licence FFSA : ………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Comment avez-vous eu connaissance de ce séjour ?* Par le comité Sport Adapté
* Par voie de presse
* Par l’établissement ou le service qui suit votre enfant
* Autre : ……………………………………...…………………………………………
 |

|  |
| --- |
| Actuellement, le participant est :* Pris en charge dans un établissement médico-social

 ¤ Type d’établissement ¤ Nom de l’établissement* Travailleur

 ¤En entreprise ordinaire ¤En ESAT  ¤En entreprise ordinaire* Sans prise en charge

Les coordonnées du professionnel référent (s’il y en a un) sont : Nom : ………………………………………………………………………………….... Adresse : ………………………………………………………………………………... Téléphone : ……………………………………………………………………………... |

|  |
| --- |
| Quelles sont les principales conséquences du handicap du participant dans la vie quotidienne ? ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Sur le plan de la communicationLe participant a l’usage de la parole : ¤ ordinaire ¤difficile ¤très difficileSi le participant éprouve des difficultés de communication, quels sont ses moyens d’expression ?* Pictogrammes, tableau de la communication
* Signes ou expressions gestuelles
* Autre moyen (sons, regard …)

Dans le quotidien, existe-t-il des trucs pour mieux le comprendre ?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Sur le plan de la mobilitéLe participant a l’usage de la marche :* ordinaire
* Avec une aide
* Avec un déambulateur

Si le participant n’a pas l’usage de la marche, utilise-t-il :* Un fauteuil roulant manuel (¤de manière autonome ¤ avec une aide)
* Un fauteuil roulant électrique

Le participant a-t-il besoin d’attentions particulières au moment des manipulations et destransferts ?…………………………………………………………………………….……………… |

|  |
| --- |
| Sur le plan sportifLe participant : * Sait faire du VTT
* Se débrouille à vélo
* Ne sait pas faire de vélo

Le participant sait-il nager ? ¤ Oui ¤ NonLe participant a-t-il son brevet de 25m natation ? ¤ Oui ¤ Non(Joindre le brevet) Le participant a-t-il des préférences pour un sport en particulier ¤ Oui ¤ Non  (si oui lequel ?...................................)Le participant a-t-il une contre-indication à la pratique d’un ou plusieurs sports ? si oui le(s)quel(s)?...................................................................... |
| Sur le plan de la vie quotidiennePour les actes courants de la vie quotidienne, le participant:* Est autonome
* A besoin d’aide (préciser) :
* Est totalement dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne (préciser) :

…………...............................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Le participant souffre-t-il d’incontinence ? ¤ Oui ¤ NonSi oui, porte-t-il des couches ? ¤ Oui ¤ NonLe participant demande-t-il à aller aux WC ? ¤ Oui ¤ Non |

|  |
| --- |
| Sur le plan des transports et des déplacementsLe participant a besoin d’une surveillance particulière dans ses déplacements : ¤Oui ¤Non* Risque fréquent de « fuite »
* Non-conscience du danger
* Autre : ……………………………………………………………………………….. …….
 |

|  |
| --- |
| Sur le plan du comportement et des attitudes au sein d’un groupeConcernant la vie en collectivité, le participant:* Apprécie beaucoup la vie de groupe et la relation avec les autres
* Est vite perdu dans un groupe et se sent plus à l’aise dans les relations en petit groupe
* Manifeste peu de relations aux autres
* Autre : …………………………………………………………………………………….

Le participant présente-t-il des difficultés sur le plan du comportement avec les autres au sein d’un groupe ? * Oui
* Non

Si oui, préciser :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Sur le plan activités et de la participation :Concernant les activités, le participant :* Montre un intérêt pour tout ce qui se passe autour de lui
* Participe de manière volontaire et ordinaire aux activités proposées, même s’il a

 éventuellement besoin d’aide* A besoin d’être stimulé, de manière très ponctuelle, pour participer aux activités
* Reste très peu concentré sur une activité et a tendance à quitter fréquemment le groupe
* Ne participe qu’aux activités qu’il apprécie

Le participant présente t’il des contre-indications ou des difficultés (angoisse) pour certainesactivités ?* Oui
* Non

Si oui, préciser : .................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| Sur le plan alimentaireLe participant mange-t-il tout seul ? * Oui
* Non

Le participant boit-il tout seul ?* Oui
* Non
 |

|  |
| --- |
| Autres commentaires :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |