



Fédération Française  
du Sport Adapté

**NORMANDIE**



*Séjour sportif hiver 2024*





La ligue Sport Adapté Normandie propose un séjour sportif avec des activités de neige 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 nos sportifs.

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

---

**PERSONNE À CONTACTER  
POUR PLUS D'INFORMATIONS**

**Charles PICOT**  
**06 89 88 44 46**  
**charlespicot@yahoo.fr**



[WWW.SPORTADAPTE-NORMANDIE.ORG/](http://WWW.SPORTADAPTE-NORMANDIE.ORG/)



LIGUE SPORT ADAPTÉ NORMANDIE

**SEJOUR SPORTIF**

**Rejoignez-nous  
pour partager un moment  
de détente et sportif en  
bonne compagnie**



# INFORMATIONS

- DATE :

Départ à 9h le lundi 5 Février 2024, retour le samedi 10 Février 2024 vers 17h.

- TARIF:

Le séjour est au prix est de 720 euros, le transport n'est pas compris, toutefois en raison d'une éventuelle inflation le prix est susceptible d'être modifié.

- LIEU :

Situé sur la commune de La Bresse, le domaine skiable de La Bresse Hohneck est le plus grand du massif des Vosges et de l'Est de la France, par son étendue et sa fréquentation.

- LE CENTRE DE VACANCES DU SÉJOUR :

LE PONT DU METTY

21, rue de la Courbe Vallée du Chajoux 88250 La Bresse

Tel : 03 29 25 43 20 - Fax : 03 29 25 66 61

- ACTIVITÉS PROPOSÉES DURANT LA SEMAINE:

1. Ski alpin
2. Ski de fond
3. Sorties raquettes

Les activités seront encadrées, un moniteur de ski pour le ski alpin et le ski de fond, et un guide pour les sorties raquettes.

Le soir, plusieurs animations sont prévues tout au long de la semaine.

## RAPPELS

Les places sont limitées au nombre de 45.

**Le déplacement aller/retour n'est pas pris en charge.**

**Merci de prévoir un pique-nique pour le lundi midi.**

Nous vous rappelons que pour participer au séjour il faut être licencié FFSA.

# LE CENTRE D'ACCUEIL



Le centre



Les chambres



Le cinéma



La piscine



Le domaine skiable



La salle de restauration

# ENCADREMENT

Le séjour est sous la responsabilité de la Ligue Régionale du Sport Adapté délégué à Charles PICOT et Margo MASTRORILLO Agents d'animation et de promotion des Activités Physiques et sportives à la LSA Normandie (Brevet d'Etat S.A et maîtrise STAPS mention Activités Physiques Adaptées).

La gestion de la vie quotidienne sera assurée par les éducateurs des différents établissements avec l'appui de l'équipe de la Ligue Sport Adapté Normandie si besoin. 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.

## AUTRES INFORMATIONS

Il est important que le sportif adapte son trousseau au séjour :  
voici pour exemple :

- 8 paires de chaussettes
- 3 paires de chaussettes de ski ou chaussettes longues (football)
- 1 paire de chaussons ou claquettes
- 1 paire de chaussures de sport
- 1 paire de chaussures d'hiver
- 1 ou 2 Pantalons
- 1 survêtement complet
- 2 pull-overs ou sweat-shirts
- 1 gros pull ou laine polaire
- 2 sous-pulls ou cols roulés
- 8 culottes ou slips
- Bonnet et cache nez
- 2 pyjamas
- 1 anorak chaud et imperméable
- 1 tenue complète de ski (combinaison ou pantalon)
- 1 maillot de bain
- 8 tee-shirts ou maillots de corps
- 2 paires de gants imperméables si possible
- 1 paire de lunettes de ski et/ou masque
- Une trousse de toilette avec nécessaire
- 1 crème solaire écran total
- 1 stick à lèvres haute protection
- 2 serviettes et gants de toilette
- Mouchoirs en papier
- 1 grand sac pour le linge sale (retour)

N° AFFILIATION : .....  
N° CLUB : .....

Est-il déjà parti en séjour avec la Ligue Sport Adapté  
Normandie ? OUI  NON

A. LE VACANCIER M  F

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) : ..... à : .....  
Lieu de résidence actuel :  
Foyer  Appartement  Parents  Hôpital   
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tel : .....

**ASSURANCES en responsabilité civile du vacancier**

Nom de l'assurance : .....  
De (ville) : .....  
N° Contrat : .....  
(joindre attestation)

**B. RESPONSABLE LEGAL DU VACANCIER**

Lui-même  Ses parents  Autre  .....  
Curatelle simple  Curatelle renforcée  Sous tutelle   
Organisme : .....  
Nom du référent : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tel : .....  
Portable : .....  
E-mail: .....

C. FAMILLE  FAMILLE D'ACCUEIL

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tel : .....  
Portable : .....  
E-mail: .....

**D. ETABLISSEMENT FREQUENTE**

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tel : .....  
Portable : .....  
E-mail: .....  
Date de fermeture : .....  
Une permanence est-elle assurée ? OUI  NON   
Si oui, jours et heures : .....  
.....

**E. PERSONNE CHARGE DE L'INSCRIPTION ET DU  
SUIVI DU DOSSIER**

Je soussigné(e) Nom, Prénom : .....  
Organisme: .....  
Agissant en qualité de : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tel : .....  
Portable : .....  

- Déclare avoir lu et approuvé les conditions  
générales stipulées dans ce dossier d'inscription
- Demande l'inscription du participant ci-dessus au  
séjour précisé
- Atteste l'exactitude des renseignements portés dans  
ce dossier

Le : ..... Signature obligatoire :

**F. IMPORTANT**

**Qui prévenir en cas d'urgence pendant le séjour :**  
Famille  Etablissement  Responsable légal   
Personne chargée de l'inscription  Famille  
d'accueil

**Numéro de téléphone à contacter en cas d'URGENCE**  
N°1 : .....  
N°2 : .....

**EN CAS DE RETOUR ANTICIPE**

**Nom de la personne à contacter pour l'accueil du  
vacancier :**

.....  
Agissant en qualité de : .....  
Adresse du lieu d'accueil : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Tél : .....  
Portable : .....

**G. AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL**

Je soussigné(e) .....  
Agissant en qualité de .....  
autorise le vacancier nommé ci-dessus :  

- A pratiquer les activités proposées, y compris la  
baignade, sauf contre-indication dûment  
mentionnée dans un des cadres de renseignements  
importants ou médicaux.
- Je déclare autoriser le directeur du séjour à faire  
pratiquer les actes médicaux ou chirurgicaux jugés  
indispensables par le médecin et autorise la sortie de  
l'hôpital.
- Accepte les conditions générales dont le droit à  
l'image.

Le : ..... Signature obligatoire :

## RENSEIGNEMENT IMPORTANTS VACANCIER

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier à dossier. Ces renseignements permettront à l'équipe éducative de connaître au plus près les besoins du vacancier et de contribuer à son bien-être et de l'orienter vers le séjour le plus adapté.

### A. Motricité/ Déplacement

Le vacancier (cochez votre réponse)

Monte des escaliers sans difficulté OUI  NON

Peut marcher : - de 10min  - de 30min  - d'1h  +d'1h

Utilise-t-il ponctuellement un matériel adapté ? OUI  NON

Si, oui lequel : .....

- Sait nager OUI  NON
- Sait faire du vélo OUI  NON
- Possède le brevet 25m OUI  NON

Pratique une activité sportive et/ou culturelle à l'année

OUI  NON  Si oui, lesquelles : .....

.....

### B. EXPRESSION / COMMUNICATION

Bonne communication :

Le vacancier s'exprime sans difficulté et possède une bonne compréhension générale des sujets.

Bonne communication  mais la compréhension reste imprécise.

Capacité à se faire  comprendre par une communication non verbale.

Compréhension générale

mais langage restreint :

Le vacancier a quelques difficultés à s'exprimer.

Mode de communication  très complexe et verbalisation inexistante.

**Si protocole particulier**, merci de joindre les supports ou les consignes (ex : pictogrammes)

Le vacancier :

- Sait-il communiquer ses envies et ses besoins ? OUI  NON
- Sait-il lire ? OUI  NON
- Sait-il écrire ? OUI  NON
- A-t-il des difficultés auditives ? OUI  NON
- A-t-il des difficultés visuelles ? OUI  NON
- Est-il non-voyant ? OUI  NON
- Commentaires éventuels et/ou autres difficultés : .....

.....

.....

- A un comportement sociable et est ouvert OUI  NON
- Aide-t-il les autres ? OUI  NON
- Crée-t-il des liens amicaux ? OUI  NON
- Vit-il en couple à l'année ? OUI  NON
- Peut avoir un comportement dangereux/violent :

Si oui : envers les autres  envers lui-même

De quels comportements s'agit-il (agressions verbales ou physiques, gestuelles, comportements déviants, autres...) ? .....

.....

- A conscience du danger OUI  NON
- A un objet fétiche : OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

- A des rituels OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

- A tendance à fuguer OUI  NON
- A tendance à errer OUI  NON
- Est sujet: aux délires  aux hallucinations  à une phobie

Lesquel(le)s : .....

.....

### C. SOMMEIL

Heures habituelles de : coucher .....h..... / lever .....h.....

A peur de l'obscurité : OUI  NON

A des difficultés pour s'endormir : OUI  NON

A des rites d'endormissements : OUI  NON

Si oui, lesquels : .....

A des angoisses nocturnes, des insomnies : OUI  NON

Se lève la nuit : OUI  NON

A un lever difficile : OUI  NON

Fait la sieste : OUI  NON

### D. LE QUOTIDIEN / REPERES

Le vacancier peut-il sortir seul (sans animateur) :

OUI  NON

Sort en petit groupe (sans animateur) : OUI  NON

Lit l'heure : OUI  NON

A besoin de temps pour s'adapter : OUI  NON

Se repère dans de nouveaux lieux : OUI  NON

Gère-t-il seul son argent ? OUI  NON

Gère-t-il ses affaires personnelles ? OUI  NON

Le vacancier est-il autorisé à consommer :

	OUI (précisez si besoin la quantité/ la fréquence)	NON
Alcool		
Café		
Tabac		

Gère-t-il seul son tabac ? OUI  NON

### E. HYGIENE/ TOILETTE

Le vacancier	Seul	Sur sollicitation	Avec aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
Fait sa toilette				
S'habille/ se chausse				
Change ses vêtements				
Se rase/ s'épile				
Va au toilette				
Gère son linge				

• A-t-il peur de la douche ? OUI  NON

• Est-il énurétique ? OUI  NON

Si OUI ou PARFOIS : Le jour ?  La nuit ?

• Est-il encoprétique ? OUI  NON

Si OUI ou PARFOIS : Le jour ?  La nuit ?

• Porte-t-il des protections ? OUI  NON

Si OUI : Le jour ?  La nuit ?

Les gère-t-il seul ? OUI  NON

### F. TELEPHONE

Le vacancier est-il susceptible d'avoir un téléphone portable pendant le séjour ? OUI  NON

L'équipe d'encadrement devra-t-elle aider à sa gestion du tél ?

OUI  NON

Sort en petit groupe (sans animateur) : OUI  NON

- Fournir les indications sur l'utilisation du téléphone portable

*NOTA : nous vous rappelons que nous ne sommes pas assurés et déclinons toute responsabilité dans les cas de vol, détériorations ou perte d'objets détenus par les vacanciers lors du séjour.*

## RENSEIGNEMENT MEDICAUX DU VACANCIER

Nom et Prénom : ..... Séjour et dates .....

Sécurité sociale : ..... CPAM centre de paiement : .....

Carte vitale : OUI  NON  joindre photocopie de l'attestation

CMU : OUI  NON  joindre photocopie de l'attestation

Carte d'invalidité : OUI  NON  joindre une photocopie

Mutuelle : .....

Nos séjours n'étant pas médicalisés, afin d'assurer le suivi médicamenteux dans les meilleures conditions, ainsi que la sécurité de nos adhérents, nous vous remercions de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous.

### GENERALITES

Taille du vacancier : ..... Poids : .....

Groupe sanguin : .....

Ses vaccins sont-ils à jour ? OUI  NON

(merci de joindre une copie du carnet de vaccination)

### PATHOLOGIES

.....

.....

.....

Etat de santé générale du vacancier (indiquez les difficultés de santé majeures en précisant les dates) : .....

.....

.....

### EPILEPSIE

La vacancier est-il épileptique ? OUI  NON

Si oui, l'épilepsie est-elle :

stabilisée  occasionnelle  fréquente

Précisez la fréquence et le facteur : .....

.....

L'épilepsie engendre-t-elle des contre-indications ?

OUI  NON

Si oui, précisez : .....

.....

### DIABETE

Le vacancier est-il diabétique ? OUI  NON

SI OUI : Traitement oral  Injection  Régime

Fréquence des injections : Matin  Midi  Après-midi  Soir

Le vacancier gère-t-il seul ses injections ? OUI  NON

(merci de joindre le protocole et de référer au chapitre "Actes Infirmiers").

### PROTHESE / ORTHESES / APAREILLAGE

Merci d'indiquer ici ce que porte le vacancier

Appareil dentaire  Supérieur  Inférieur

Appareil auditif  Corset

Lunette de vue  Coque

Respirateur  Chaussures orthopédiques

AUTRE précisez : .....

.....

Gère-t-il seul sa mise en place et son entretien ? OUI  NON

Si NON, merci de joindre le protocole nécessaire

### POUR LES FEMMES

La vacancière est-elle réglée ? OUI  NON

Utilise-t-elle :

Des serviettes périodiques ? OUI  NON

Des tampons ? OUI  NON

Les gère-t-elle seule ? OUI  NON

Utilise-t-elle un moyen contraceptif ? OUI  NON

Si oui, lequel : .....

### REGIME ALIMENTAIRE

• Merci de nous transmettre un plan alimentaire type ainsi que tous les aliments proscrits et/ou autorisés, **avec ce dossier**.

La nourriture doit-elle être mixée ? OUI  NON

Utilisation de gélifiants pour les boissons ? OUI  NON

Mange-t-il seul ? OUI  NON

Boit-il seul ? OUI  NON

A-t-il des habitudes ou coutumes alimentaires ?

OUI  NON

Si OUI, précisez : .....

.....

### CONTRE INDICATIONS

Allergies médicamenteuses : OUI  NON

Précisez : .....

Y-a-t-il contre-indication à la baignade : OUI  NON

Y-a-t-il contre-indication au soleil : OUI  NON

A la pratique d'activités sportives ou autres OUI  NON

Précisez : .....

.....

### ACTES INFIRMIERS

ATTENTION : Dans le cas où le vacancier nécessite un acte médical ou paramédical, il appartient à l'inscrivant de faire la démarche auprès d'un personnel qualifié pour mandater cet acte sur le lieu du séjour. Il est impératif (copie de l'ordonnance et coordonnées du cabinet infirmier).

**IMPORTANT** : pour le bon déroulement de nos séjours, nos équipes ne sont pas en mesure d'accueillir les vacanciers nécessitant plus d'UN acte médical par jour.

Le vacancier a-t-il besoin d'un acte infirmier pendant le séjour ?

OUI  NON  Ponctuel  Quotidien

Précisez : .....

.....

Le vacancier a-t-il besoin d'injections lors du séjour ?

OUI  NON

• Si OUI, merci de joindre une copie de l'ordonnance correspondant à l'acte



**Joindre la photocopie de la carte de sécurité sociale et de la carte de mutuelle**

# 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 **Séjour sportif d'hiver du 5 Février au 10 Février 2024**

- Accorde à la ligue 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 »)



## ATTESTATION D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

(à faire remplir par votre assureur seulement si vous ne souscrivez pas à l'assurance de la FFSA et à conserver par le club)

La compagnie d'assurance : ..... Atteste avoir délivré à Madame, Monsieur,

Nom : .....

Prénom:.....

Adresse (précise).....

.....

.....

un contrat d'assurance assurant du 5 Février 2024 au 10 Février 2024 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, de zones, régionales, nationales ou internationales. N° AFFILIATION ASSOCIATION ...../..... N° 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 CACHET DE L'ASSUREUR