



Séjour sportif été 2024
Du 29 Juillet au 02 Août

Cloture des inscriptions le **31 mai**



Fédération Française
du Sport Adapté
NORMANDIE



La ligue Sport Adapté Normandie propose un séjour sportif avec 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 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

Margo MASTRORILLO

06 95 58 55 46

liguesanormandie276@gmail.com



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 **10h00** le lundi 29 Juillet 2024, retour le vendredi 02 Août 2024 **vers 17h00**.

- TARIF:

Le séjour est au prix est de 600 euros, transport compris.

- LIEU :

Saint-malo, hébergement situé à 200m de la plage

- LE CENTRE DE VACANCES DU SÉJOUR :

Associayion Ty Al Levenez,

37 Av. du Révérend Père Umbricht, 35400 Saint-Malo

Téléphone : 02 99 40 29 80

- ACTIVITÉS PROPOSÉES DURANT LA SEMAINE:

1. Catamaran ou Char à voile
2. Aquarium
3. Visite de la ville
4. Baignade à la mer
5. Balade à Dinard ...

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

RAPPELS

Les places sont limitées au nombre de 14.

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

Merci de prévoir une serviette de toilette (les draps de lit sont inclus)

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

LE CENTRE D'ACCUEIL



Le centre



Les chambres



La salle de sport



L'espace détente



La plage a proximité

ENCADREMENT

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

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 :

- 6 paires de chaussettes
- 1 paire de chaussons ou claquettes
- 1 paire de chaussures de sport
- 1 paire de tongue
- 2 Pantalons
- 3 shorts
- 1 survêtement complet
- 2 pull-overs ou sweat-shirts
- 6 culottes ou slips
- 2 maillots de bain
- Lunette de piscine
- 2 pyjamas
- 1 imperméable
- 6 tee shirt
- 1 paire de lunettes de soleil
- Une trousse de toilette avec nécessaire
- 1 crème solaire écran total
- Crème contre les coups de soleil
- 1 casquette ou chapeau
- 2 serviettes et gants de toilette
- Mouchoirs en papier
- 1 grand sac pour le linge sale (retour)

Ligue Sport Adapté Normandie
541 Rue du Pommeret, 76650 Petit-Couronne

Margo MASTRORILLO - 06.95.58.55.46
liguesanormandie276@gmail.com

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 : coucherh..... / leverh.....

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

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'été du 29 Juillet au 02 Août 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 29 Juillet 2024 au 02 Août 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