

Séjour sportif hiver 2025
Du 13 au 18 Janvier



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/



LIGUE SPORT ADAPTÉ NORMANDIE

SEJOUR SPORTIF

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



INFORMATIONS

- DATE :

Départ à 6h le lundi 13 Janvier 2025, retour le samedi 18 Janvier 2025 vers 18h.

- TARIF:

Le séjour est au prix est de 760 euros, le transport n'est pas compris, toutefois en raison d'une éventuelle inflation le prix est susceptible d'être modifié.

- LIEU : Les 2 Alpes

Station de ski phare du département de l'Isère, **les 2 Alpes** jouie d'une réputation internationale grâce à son domaine d'altitude (le plus haut domaine skiable de France) depuis 3600 mètres d'altitude. Le glacier est l'assurance de skier sur une neige naturelle en toute saison. Le domaine vertical permet d'enchaîner un dénivelé de 2300m entre 3600m et 1300m (dont 10km sur une piste bleue entre 3600m et 1600m). Plus on monte en altitude plus les pistes sont accessibles aux skieurs intermédiaires. Un départ et un retour station ski aux pieds. Que l'on soit en duo, en famille ou entre amis, débutant, intermédiaire ou expert, on peut évoluer tous ensemble ou sur des pistes parallèles et se retrouver facilement, et surtout le terrain de jeu est très varié, proposant des pistes balisées, hors-pistes, pistes ludiques, stade de slalom.

Les 2 Alpes, c'est côtoyer les hauts sommets mais aussi profiter d'espaces de liberté, partager des activités décalées, s'enivrer de panoramas époustouflants, enchaîner des dénivelés (3600m à 1300m), s'éclater avec un shopping branché, vibrer grâce à une ambiance festive et gourmande, apprécier des rencontres privilégiées, s'offrir une pause bien-être.

- LE CENTRE DE VACANCES DU SÉJOUR :

Chalet Annapurna, 9 Avenue de la Muzelle, 38860 Les 2 Alpes

[04 76 79 21 14](tel:0476792114)

- 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 pour la saison 2024/2025

Le centre de vacances



Le domaine skiable



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)

ACTIVITES

Merci de choisir l'activité principale voulue : (entourer l'activité choisie)

SKI ALPIN



SKI DE FOND



INITIATION RAQUETTES

Ligue Sport Adapté Normandie

541 Rue du Pommeret

76500 Petit Couronne

Charles PICOT - 06.89.88.44.46

charlespicot@yahoo.fr

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

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

A. LE VACANCIER M F

Nom :

Prénom :

Né(e) : à :

Lieu de résidence actuel :

Foyer Appartement Parents Hôpital

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel :

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 :**

ASSURANCES en responsabilité civile du vacancier

Nom de l'assurance :

De (ville) :

N° Contrat :

(joindre attestation)

F. IMPORTANT

B. RESPONSABLE LEGAL DU VACANCIER

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel :

Portable :

E-mail:

Date de fermeture :

Une permanence est-elle assurée ? OUI NON

Si oui, jours et heures :

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:

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 :**

D. ETABLISSEMENT FREQUENTE

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 :

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.

Compréhension générale mais langage restreint : Le vacancier a quelques difficultés à s'exprimer.

Capacité à se faire comprendre par une communication non verbale.

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 ?

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 ?

- 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 :.....
.....

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.





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 13 au 18 Janvier 2025**

- 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 13 Janvier 2025 au 18 Janvier 2025 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