



Fédération Française
du Sport Adapté

NORMANDIE

SÉJOUR SPORTIF HIVER 2027 DU 4 AU 9 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



<https://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 4 Janvier 2027, retour le samedi 9 Janvier 2027 vers 18h.**

TARIF :

- **Le séjour est au prix de 880 euros, le transport n'est pas compris dans ce tarif.**

Vous pouvez nous contacter pour toutes demandes de prise en charge de transport.

LIEU :



VAL CENIS

Nichée entre le Parc national de la Vanoise et l'Italie, la station de Val Cenis bénéficie d'un domaine skiable varié s'étendant de 1300 à 2800 mètres d'altitude. Le sommet du domaine, accessible depuis un télésiège culminant à 2800m, offre une piste bleue permettant à tous, même aux débutants, de redescendre sans difficulté. Le village offre des logements skis aux pieds, avec un accès direct aux pistes, facilitant grandement les allées et venues. Que l'on soit en duo, en famille ou entre amis, débutant, intermédiaire ou confirmé, chacun trouve son terrain de jeu grâce à un domaine varié proposant pistes balisées, zones ludiques, boarder-cross et snowpark adapté à tous les niveaux.

Val Cenis, c'est profiter d'un panorama exceptionnel sur le lac du Mont-Cenis depuis une passerelle suspendue au-dessus du vide, flâner dans un charmant village de montagne, profiter de grands espaces préservés au cœur du Parc national de la Vanoise, partager des sensations fortes en snowtubing, profiter des soirées luge sur piste éclairée et du ski de nuit, sans oublier les animations qui rythment les soirées, et vivre des moments simples et conviviaux.

LE CENTRE DE VACANCES DU SÉJOUR :

- **Village Club Miléade Val Cenis, 27 Rue de l'Arc Le Haut 73480 Val Cenis
04 87 75 00 58**

ACTIVITÉS PROPOSÉES DURANT LA SEMAINE :

1

Ski Alpin

2

Sorties raquettes

Les activités seront encadrées, un moniteur de ski pour le ski alpin, 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 **40**.
- 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 2026/2027**

PRÉSENTATION DU LIEU DU SÉJOUR

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 Agent 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)

LES ACTIVITÉS

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

SKI ALPIN



INITIATION RAQUETTES





Ligue Sport Adapté Normandie
541 Rue du Pommeret
76500 Petit Couronne

Charles PICOT - 06.89.88.44.46
charlespicot@yahoo.fr

A. LE VACANCIER M ☐ F ☐

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

ASSURANCES en responsabilité civile du vacancier,

Nom de l'assurance : de (ville) :
N° Contrat :
(joindre l'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 :
Tél : Portable :
E-mail :@.....

C. FAMILLE ☐ - FAMILLE D'ACCUEIL ☐

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Portable :
E-mail :@.....

D. ETABLISSEMENT FREQUENTE

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

Dossier d'inscription

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

Je soussigné(e) Nom, Prénom :
Organisme :
Agissant en qualité de :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Portable :
▪ **Déclare avoir lu et approuvé les conditions générales stipulées dans ce dossier d'inscription (verso du feuillet rose à conserver).**
▪ 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 ☐

Numéros 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.
- Demande l'adhésion à l'association et accepte de régler la cotisation
- Accepte les conditions générales dont le droit à l'image.

Le : **Signature obligatoire :**

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS VACANCIER

Nous vous demandons d'apporter un soin particulier de ce 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 10 min ☐ - de 30min ☐ - d'1h ☐ + d'1h ☐

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

Si oui, lequel :

IMPORTANT : Nous vous rappelons que notre organisation ne permet pas l'accueil de personne nécessitant un fauteuil roulant ou un déambulateur de façon permanente.

➤ Sait nager OUI ☐ NON ☐

➤ Sait faire du vélo OUI ☐ NON ☐

➤ Possède le brevet 25 m OUI ☐ NON ☐

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

Si oui, la ou 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 avec 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 en couple à l'année ? OUI ☐ NON ☐

- Peut avoir un comportement dangereux/violent : OUI ☐ NON ☐

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, lesquels ?

- 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..... / le 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 aux toilettes				
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 ☐

→ 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 VACANCIER

Nom et Prénom : Séjours 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 vaccinations.

PATHOLOGIE

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

EPILEPSIE

Le 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 ☐
Si NON, merci de joindre le protocole et de se référer au chapitre « Actes Infirmiers ».

PROTHESE / ORTHESES / APPAREILLAGE

Merci d'indiquer ici ce que porte le vacancier

Appareil dentaire ☐ Supérieur ☐ Inférieur ☐
Appareil auditif ☐ Corset ☐
Lunette de vue ☐ Coque ☐
Respirateur ☐ Chaussure 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 :

ALIMENTATION

→ 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 de nous aviser par courrier au plus tard **15 jours avant le début du séjour** (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 4 au 9 Janvier 2027**

- 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 4 Janvier 2027 au 9 Janvier 2027 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