

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2022

## SÉJOURS ET WEEK-ENDS SPORTIFS ADAPTÉS

Pour toutes les personnes qui ont déjà participé à un séjour sport adapté avec le CDSA de Vendée en 2021, le dossier d'inscription n'est pas à refaire en entier. Les dossiers ont été conservés, merci d'indiquer uniquement dans un mail ou par téléphone les changements, pour les pages 2 à 5. Merci de remplir de nouveau les pages 1 et 6 et d'envoyer uniquement les « pièces à fournir » page 7, qui nécessitent une mise à jour.

### PARTICIPANT

NOM-Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Sexe : M  F   
 N° de licence FFSA : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 Tel fixe : .....  
 Tel portable : .....  
 Adresse mail : .....

### SÉJOUR(S) CHOISI(S)

1) Du ..... Au .....  
 2) Du ..... Au .....  
 3) Du ..... Au .....  
 1) Tarif séjour : ..... Acompte : ..... (30%)  
 2) Tarif séjour : ..... Acompte : ..... (30%)  
 3) Tarif séjour : ..... Acompte : ..... (30%)

### MÉDECIN TRAITANT

NOM : .....  
 Téléphone : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....

### ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

NOM : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 E-mail : .....  
 Référent du vacancier : .....  
 Téléphone : .....  
 E-mail : .....

### CONTACT PENDANT LE SÉJOUR

NOM-Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 Adresse mail : .....

### ADRESSE DE FACTURATION

Famille  Institution  Autre

NOM-Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : .....  
 Ville : .....  
 Adresse mail : .....

Je, soussigné(e), M/Mme ..... agissant en qualité de ..... certifie avoir pris connaissance et accepte les conditions générales du séjour et autorise la présente personne dont les informations sont données dans ce document à y participer.

Fait à ..... Le .....

Signature du responsable légal (tuteur ou vacancier en personne)

## AUTONOMIE – VIE QUOTIDIENNE

Autorisation	OUI	NON
Gère ses sorties Seul		
Gère ses vêtements Choisit ses vêtements		
Traitement médical ? Gère ses médicaments		
Gère son argent		

Habitudes de vie	OUI	NON
<b>Sommeil</b>		
Se lève la nuit		
A un réveil/lever difficile		
Se lève tôt (heure : .....)		
Fait la sieste		
<b>Vol</b>		
Tendance à fuguer		
Tendance à errer		

Capacités physiques	OUI	NON
<b>Marche</b>		
Bon		
Moyen		
Limité		
Appareillage		
Fauteuil		
Besoin d'un appui (tenir le bras...)		
<b>Monte les escaliers</b>		
<b>Couchage en lit superposé</b>		
<b>Sait nager (diplôme 25 m)</b>		
<b>Baignades autorisées</b>		
<b>Sait faire du vélo</b>		
Sur route ?		
<b>Pratique d'une activité sportive en club</b> (association : .....)		
<b>Difficultés motrices</b> (Précisez....)		

APPAREILLAGE	OUI	NON
Porte des lunettes		
Mal voyant		
Porte un appareil auditif		
Porte un appareil dentaire		
Fauteuil de confort		
Déambulateur		
Autres appareillages (Précisez : ....)		

TOILETTE	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Fait sa toilette			
Se lave les dents			
Se lave le dos			
Se lave les cheveux			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase			
Se chausse			
Va aux toilettes			

VIE QUOTIDIENNE	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
<b>ALIMENTATION</b>			
Mange			
Boit			
Fausse route	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Alimentation mixée	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Aliments coupés fins	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Aliments hachés	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire			
Allergie alimentaire			
Autres remarque			

Communication	Seul	Aide ponctuelle	Aide constante
Parle			
Comprend			
Sait se faire comprendre			
Sait lire			
Sait écrire			
Sait lire l'heure			
<b>Sait s'orienter</b>			
<b>A la valeur de l'argent</b>			

Consommation	Oui	Non	Quantité par jour
Tabac			
Alcool			
Café			
Autres, précisez : .....			

PATHOLOGIE	Oui	Non
<b>Diabète</b> Si oui, gère seul ?		
<b>Epilepsie</b> Fréquence Signes annonciateurs		
<b>Asthme</b>		
<b>Allergies</b> , précisez :		
<b>Enurésie nocture / diurne</b>		
<b>Encoprésie</b>		
<b>Contraception</b> Mode : .....		

COMPORTEMENT	Oui	Non
<b>Crises d'angoisses</b> , cause(s) :		
<b>Phobies</b> , précisez :		
<b>Conscience du danger</b>		
<b>Agressivité envers lui ?</b>		
<b>Agressivité envers les autres ?</b>		

ATTENTION ET SOINS PARTICULIERS, REMARQUES

Le participant a-t-il déjà participé à des séjours auparavant ?  OUI  NON

Si oui, avec quel(s) organisme(s) ? .....



# INFORMATIONS MEDICALES

Ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d'urgence !

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....



## 1. Poids : .....

## 2. Description du handicap :

- |  |                              |                                   |                                   |                              |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Déficience Intellectuelle (QI) :                  | <input type="checkbox"/> <35 | <input type="checkbox"/> 35<QI<55 | <input type="checkbox"/> 55<QI<75 | <input type="checkbox"/> >75 |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétique ou chromosomique                | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Troubles délirant                                 | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizotypique            | type.....                    |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur, trouble affectif bipolaire   | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement, accès d'agitations      | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels        | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif                                | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation                         | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil                                | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité                        | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Autisme ou syndrome autistique                    | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics | type .....                   |                                   |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Autre trouble mental                              | type .....                   |                                   |                                   |                              |

## 3. Déficit sensoriel

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visuel : type .....                                    | <input type="checkbox"/> Auditif : type .....  |
| Port de lunettes <input type="checkbox"/> de lentilles <input type="checkbox"/> | Appareillages <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

## 4. Antécédents médicaux

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                | type de crise ..... |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires              | type .....          |
| <input type="checkbox"/> Asthme – autres affections respiratoires | type .....          |
| <input type="checkbox"/> HTA variation de tension habituelle :    |                     |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation                | type .....          |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique                     | type .....          |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale                           | type .....          |
| <input type="checkbox"/> Allergies type                           |                     |
| <input type="checkbox"/> Affections dermatologiques,              | type .....          |
| <input type="checkbox"/> Hernies type                             |                     |
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire                        | type .....          |
| <input type="checkbox"/> Problème orthopédique                    | type .....          |

**5. Antécédents chirurgicaux**

Type :

**6. Antécédents traumatiques sportifs**

Type :

**7. Médication en cours**



Nom médicament	Posologie	Heure	Date de prescription

**8. Allergies médicamenteuses connues**

**9. Vaccination Tétanos :**

Date du dernier rappel :

**10. Vaccination COVID-19 :**

Date de la dernière injection :





## Fiche d'autorisations



### **1. Autorisation relative à l'hospitalisation**

Autorise que soient prises, en cas d'urgence, toutes décisions de soins, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, nécessaires à la santé du vacancier

### **2. Autorisation relative au transport**

Autorise les professionnels accompagnants sur le séjour, titulaires du Permis B depuis 1 an minimum, à transporter le vacancier, dans le cadre du séjour

### **3. Autorisation relative aux sorties**

Donne mon accord pour la participation du vacancier aux activités extérieures sous la responsabilité du comité

### **4. Autorisation relative aux droits à l'image photographique et vidéo**

Autorise le CDSA de Vendée à utiliser l'image du vacancier (photos ou vidéos prises sur le séjour) pour sa diffusion sur les supports de communication du comité (plaquettes, brochures, journal, diaporamas, réseaux sociaux, site internet, ...)

OUI

NON

OUI, mais exceptions :

Date :

Signature :

# PIÈCES A FOURNIR

- Une photo d'identité récente (en haut à droite de la P.1 du dossier)
- Photocopie de la carte vitale recto verso
- Photocopie de la carte d'identité recto verso
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive
- Photocopie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI)
- Photocopie de la carte de mutuelle complémentaire
- Photocopie de l'ordonnance pour tout traitement (à jour, à emmener le jour du départ)
- Photocopie des vaccinations obligatoires
- Photocopie du certificat COVID numérique Union Européenne à jour**
- Photocopie du test d'aisance aquatique ou test de 25 m nage libre (si acquis)
- Virement de l'acompte ou chèque à l'ordre du CDSA de Vendée (acompte = 30% du montant total du séjour)



**Crédit Mutuel**

00 CCM LA ROCHE MOLIERE

## RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE

**PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ**  
Ce relevé est destiné à être remis sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc...)  
This statement is intended to be delivered to those of your creditors or debtors who have transactions posted to your account (credit transfers, invoice payments, etc....)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB	Domiciliation
15519	39031	00021879709	16	CCM LA ROCHE MOLIERE

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account number)
FR76 1551 9390 3100 0218 7970 916

Identifiant international de l'établissement bancaire

BIC (Bank Identification Code)
CMCIFR2A

TITULAIRE DU COMPTE ►  
ACCOUNT OWNER  
COMITE DEPARTEM SPORT ADAPTE DE  
VENDEE  
MAISON DES SPORTS  
202 BOULEVARD ARISTIDE BRIAND  
BP 00167  
85004 LA ROCHE SUR YON CEDEX

**Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter : Pauline MORICEAU**

Par mail : [sportadaptevendee@gmail.com](mailto:sportadaptevendee@gmail.com)

Par téléphone : Au 02 51 44 27 55 ou au 06 36 15 58 35

**Les documents sont à retourner au :**

Comité Départemental du Sport Adapté de Vendée

**Par courrier postal ou en main propre :**

CDSA de Vendée, Maison Départementale des Sports,

202 Boulevard Aristide Briand BP-167, 85000 la Roche sur Yon

**Par mail, dossier et documents scannés :** [sportadaptevendee@gmail.com](mailto:sportadaptevendee@gmail.com)