



# Dossier d'inscription

## 2023 - 2024

### **MODALITES D'INSCRIPTION**

**Les inscriptions sont enregistrées dans la limite des places disponibles et par ordre d'arrivée des dossiers complets.**

L'inscription devient effective à la réception de tous les documents constituant le dossier d'inscription :

- La fiche d'inscription.
- Les fiches de renseignements.
- La fiche de Posologie en cas de traitement médical.

Et le règlement financier :

- Arrhes du coût du week-end/séjour ou règlement complet.

Ainsi que les documents spécifiques suivant:

- photocopie carte vitale ou attestation carte vitale
- photocopie carte d'identité
- photocopie dernière ordonnance médicale (si traitement en cours)

**Pour participer aux séjours du CDSA 42, le sportif doit être titulaire d'une licence sportive FFSA en cours de validité.**

***Afin de préserver l'environnement et pour accélérer le traitement de votre dossier, nous privilégions l'envoi par mail des confirmations, attestations et facturations des séjours.***

***N'oubliez pas d'indiquer votre adresse mail sur la fiche d'inscription.***

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe : Féminin Masculin

Groupe sanguin : .....

Taille : ..... Poids (facultatif) : .....

Taille de tee-shirt : XS S M L XL XXL XXXL

N° sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_ Ville : .....

PHOTO  
D'IDENTITE

**Déjà licencié FFSA 2023/2024**

N° licence : .....

**Non licencié** (Prise de licence FFSA obligatoire : « Licence Découverte » ou annuelles)

### **Contact :**

Famille ou foyer : (En cas de problème)

Nom/Prénom : ..... N° tel : .....

E-mail : .....@.....

Tuteur ou responsable (Pour le règlement)

Nom/Prénom : ..... N° tel : .....

E-mail : .....@.....

### **Autorisation :**

Je soussigné Mme / Mr ..... représentant légal  
de Mme/Mr ..... :

- autorise son inscription au(x) séjour(s) ou weekend(s) indiqué(s) ci-après ;
- autorise le responsable du séjour, en accord avec un médecin à prendre toutes les mesures utiles concernant la santé du participant, y compris en situation d'urgence.
- Droit à l'image (rayer la mention inutile) : oui - non

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

## Séjours Sport Adapté 2022/2023

|  |                           |              |
|--|---------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour Automne</b><br>Du 30 octobre au 03 novembre 2023 (5 jours/ 4 nuits)<br><i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>                | <b>Adulte<br/>+18ans</b>  | <b>670€</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour Hiver - Jeune</b><br>Du 26 février au 1 <sup>er</sup> mars 2024 (5 jours/ 4 nuits)<br><i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i> | <b>Jeune<br/>12-18ans</b> | <b>670€</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour Hiver</b><br>Du 26 février au 1 <sup>er</sup> mars 2024 (5 jours/ 4 nuits)<br><i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>         | <b>Adulte<br/>+18ans</b>  | <b>670€</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour Printemps</b><br>Du 22 au 26 avril 2024 (5 jours/ 4 nuits)<br><i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>                         | <b>Adulte<br/>+18ans</b>  | <b>670€</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour faible autonomie</b><br>Du 9 au 12 mai 2024 (4 jours/ 3 nuits)<br><i>Réservation : 150 € (Arrhes)</i>                     | <b>Adulte<br/>+18ans</b>  | <b>450€</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour été - Jeune</b><br>Du ..... au ..... 2024 (5 jours/ 4 nuits)<br><i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>                       | <b>Jeune<br/>12-18ans</b> | <b>670€</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour été Adultes</b><br>Du 29 juillet au 9 août 2024 (12 jours/ 11 nuits)<br><i>Réservation : 400 € (Arrhes)</i>               | <b>Adulte<br/>+18ans</b>  | <b>1400€</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Séjour été Adultes</b><br>Du 19 au 23 août 2024 (5 jours/ 4 nuits)<br><i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>                        | <b>Adulte<br/>+18ans</b>  | <b>670€</b>  |
| <b>TOTAL à payer</b>   |                           | .....        |

Règlement à l'ordre du :

« **Comité Départemental du Sport Adapté Loire** » ou « **CDSA 42** »

Virement Bancaire, réf. : .....

Chèque n°.....Banque : .....

Autre : .....

Date : .....

Signature :

| Titulaire Compte   |         | Banque                               | IBAN                              |
|--|---------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Comité Départemental du Sport Adapté De la Loire (CDSA 42) |         | Caisse d'Épargne Loire Drome Ardeche | FR76 1426 5006 0008 7766 3244 514 |
| Etablissement  | Guichet | Clé RIB                              | Compte                            |
| 14265  | 00600   | 14                                   | 08776632445                       |

*\*En référence du virement inscrire :*

*Pour les Arrhes : « Arrhes {nom du séjour} {nom de famille} »*

*Pour le solde : « solde {nom du séjour} {nom de famille} »*

# Aspect sportif

## Rapport avec l'eau

### Généralités :

- Peur de l'eau     N'aime pas l'eau     Aime l'eau

### Déplacement dans l'eau:

- Besoin du soutien de quelqu'un ou d'un flotteur     Garde les pieds au sol  
 Nage là où il/elle à pied     Nage     Autres : .....

## Moyen de déplacement

Vélo :     Non     Vélo 3 roues     Oui

Trottinette :     Non     Oui

Ski de fond (Séjour Hiver) :     Non     Oui

Ski de piste (Séjour Hiver) :     Non     Oui

## Endurance à la Marche

*Mettre une marque où le sportif se situe :*



**1km** (15-20min)    **3km**(30-45min)    **5km** (1h-1h30)    **7km** (1h45-2h)    **10km et +** (2h et +)

## Phobies

- Aquaphobe (peur de l'eau) : Activités aquatiques ou baignade  
 Claustrophobes (Peur d'être enfermé) : Visite d'une grotte  
 Acrophobie (Peur du vide) : Accrobranche  
 Ochlophobie (Peur de la foule) : Stade, Événement, file d'attente...  
 Autres : .....

## Activités :

Activité(s) sportive(s) pratiquée(s) durant l'année : .....

Activité(s) appréciée(s) occasionnellement : .....

**Autres précisions :** .....

# AUTONOMIE

## ALIMENTATION

### Généralités :

- Mange seul (e)     Surveillance     Aide au repas     A faire manger

Matériel adapté : .....

Prothèse dentaire : .....

### Régime alimentaire :

- Pas de régime     Hypocalorique     Hypocholestérol

- Riche en fibres     Sans crudités

Autre : .....

### Préparation des aliments :

- Normale     Couper la viande     Couper les aliments

- Hachés     Moulinés

Autre : .....

### Hydratation :

- Rien à signaler     A surveiller     Eau gélifiée exclusivement

*Précision :* .....

## TOILETTE / HYGIENE

### Généralités :

- Est autonome.

- A besoin d'aide / Aide partielle :

*Précisions :* .....

.....

.....

- Est dépendant / Aide totale :

*Précisions :* .....

.....

.....

### Modalités :

- Douche

- Bain

- Lavabo

*Consignes particulières :* .....

.....

.....

.....

**WC :**

- Se gère seul (e)
- A besoin d'aide : .....  
.....
- Solliciter pour aller au WC : .....  
.....
- Porte des protections : .....  
.....

**GESTION DE L'HABILLAGE ET DU LINGE**

**Habillage :**

- Gère seul (e).
- Aide partielle : .....  
.....
- Aide totale : .....  
.....

**Déshabillage :**

- Gère seul (e).
- Aide partielle : .....  
.....
- Aide totale : .....  
.....

**Précisions :**

.....  
.....  
.....  
.....

**COUCHER / LEVER**

**Lits :**

- Hauteur variable
- Barrières
- Matelas spécifique : .....  
.....  
.....
- Drap spécifique : .....  
.....  
.....

**Protocole / routine :**

- Au lever : .....  
.....
- Au coucher : .....  
.....

# Vie Sociale

## Sortie et Déplacements :

Sort seul :  Oui  Non

- Si non, précisez les difficultés rencontrés et les besoins particuliers :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gère seul(e) son argent :

Argent de poche prévu pour le séjour :  Oui  Non

- si oui, précisez : ..... €

## Activités, loisirs :

A besoin d'être stimulé(e) pour participer :  Oui  Non

Pratique régulièrement une activité physique et sportive :  Oui  Non

- si oui, quelle(s) activité(s) et à quelle fréquence : .....

.....  
.....

Peut soutenir son attention de façon prolongée :  Oui  Non

## Comportements, relationnels :

Apprécie la vie en groupe de manière générale :  Oui  Non

- si non, se sent plus à l'aise en petit groupe :  Oui  Non

Etablis des relations avec les autres :  Oui  Non

Précisions importantes nécessaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A un objet fétiche :  Oui  Non

- si oui, précisez : .....

.....  
.....

# MEDICAL

## MEDECIN TRAITANT :

**Docteur :** .....  
- Adresse : .....  
.....  
- Coordonnées : .....

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

### Est soumis à une prise de médicament :

- Non
- Oui :       Lever - Matin - Midi - Soir - Coucher - Nuit  
(Entourer à quel(s) moment(s) dans la journée et remplir la fiche de posologie)

### Gestion de la prise de médicament :

- Seul / autonome        Aide partielle/ à surveiller        Aide complète

### Antécédents médicaux:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Précisions importantes:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

### TRAITEMENT MEDICAUX

| Désignation | POSOLOGIE |      |      |         |        |
|-------------|-----------|------|------|---------|--------|
|             | Matin     | Midi | Soir | Coucher | Autres |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |

### AUTRES (Injections, soins médicaux spécifiques)

| Désignation | POSOLOGIE |      |      |         |        |
|-------------|-----------|------|------|---------|--------|
|             | Matin     | Midi | Soir | Coucher | Autres |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |
|             |           |      |      |         |        |

*Joindre les ordonnance(s) en cours. Et renvoyer en cours d'année les ordonnances si modifications.*

Nous restons à votre disposition pour plus de précision :

**Séjours adultes :**

Audrey DESPINASSE  
06 58 21 49 76 - anim.cdsa42@gmail.com

**Séjours jeunes :**

Carméline BONIFACE  
07 64 20 65 07 – agent.cdsa42@gmail.com

[www.comiteloiresportadapte.com](http://www.comiteloiresportadapte.com)

