



Dossier d'inscription

2026 - 2027

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 2026/2027**

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 2026/2027

☐ Séjour Automne Du 26 octobre au 30 Octobre 2026 (5 jours/ 4 nuits) <i>Réservation : 250 € (Arrhes)</i>	Adulte +18ans	730€
☐ Séjour Hiver - Jeune Du 22 au 26 février 2027 (5 jours/ 4 nuits) <i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>	Jeune 12-18ans	685€
☐ Séjour Hiver - Adulte Du 22 au 26 février 2027 (5 jours/ 4 nuits) <i>Réservation : 250 € (Arrhes)</i>	Adulte +18ans	730€
☐ Séjour Printemps Adulte Du 19 au 23 avril 2027 (5 jours/ 4 nuits) <i>Réservation : ...€ (Arrhes)</i>	Adulte +18ans	...€ Reste à définir
☐ Séjour Ascension Adulte (activités douces) Du 6 au 9 mai 2027 (4 jours/ 3 nuits) <i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>	Adulte +18ans	580€
☐ Séjour été Jeune Du 19 au 23 juillet 2027 (5 jours/ 4 nuits) <i>Réservation : 200 € (Arrhes)</i>	Jeune 12-18ans	685€
☐ Séjour été Adultes Du 26 juillet au 6 août 2027 (12 jours/ 11 nuits) <i>Réservation : 550 € (Arrhes)</i>	Adulte +18ans	1680€
☐ Séjour été Adultes Du 9 au 13 août 2027 (5 jours/ 4 nuits) <i>Réservation : 250 € (Arrhes)</i>	Adulte +18ans	730€
TOTAL à payer		

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'Epargne 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, Evénement, 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 (précisez les potentielles angoisses à dormir dans un nouveau lieu)
:
.....

Vie Sociale

Sortie et Déplacements :

Sort seul :

☐ Oui

☐ Non

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

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

Gère seul(e) son argent :

Argent de poche prévu pour le séjour :

☐ Oui

☐ Non

- si oui, précisez : €

Activités, loisirs :

A déjà participé à un séjour adapté :

☐ Oui

☐ Non

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

Relation aux autres :

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 :

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

Rituels ou objet d'attachement :

☐ Oui

☐ Non

- si oui, précisez :

.....
.....

Comportement et conduite

Potentielles angoisses :

Habitude de dormir dans des lieux autres que la maison ☐ Oui ☐ Non

La nouveauté est-elle source d'angoisse ? ☐ Oui ☐ Non

- Précisez (lieux, activités, chambre, encadrants et sportifs inconnus) :

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

Si oui : As-t'il/elle des habitudes rassurantes que nous pouvons mettre en place durant le séjour ?

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

Quels sont les autres éléments pouvant être source d'angoisse, ou de comportements conduites qui méritent une attention particulière ? (bruit, foule, transport, environnement, l'échec à une activité,)

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

Comment se manifestent ses angoisses, sa frustration et/ ou son mécontentement ? :

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

As t'il/elle déjà eu des gestes d'automutilation ? ☐ Oui ☐ Non

Précisez la nature, la cause et la récurrence

.....
.....

As t'il/elle déjà eu des comportements violents envers d'autres personnes (verbalement ou physiquement) ? ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

.....

Addictions :

As t'il/elle une dépendance (tabac, alcool, ...) ? ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

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:

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

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 :

Corentin THIERY
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

