**DOSSIER D’INSCRIPTION 2020**

Le dossier sportif regroupe l’ensemble des informations nécessaires à l’inscription aux différents séjours.

Les personnes inscrites sur plusieurs stages ne doivent constituer qu’un seul dossier sportif.

* **Licence sportive FFSA** :

La participation aux stages sportifs du CDSA69 est réservée aux personnes ayant une licence FFSA 2019/2020 loisir ou compétitive.



Pour les séjours ***« Nutrisport*** » et « ***Réveillon*** », la licence FFSA **2020/2021** vous sera demandée en début de saison sportive soit à partir de septembre 2020.

Celle-ci sera valable sur les séjours 2021 jusqu’à fin août.

* **Documents à compléter et/ou fournir** :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fiche d’inscription au(x) stage(s) |
|  | Fiche d’identité |
|  | Fiche d’autorisations |
|  | Règlement intérieur |
|  | Fiche médicale complétée par un médecin (si celle-ci n’a pas été remise avec la demande de licence en début de saison). |
|  | Grille de connaissance |
|  | Fiche transport (uniquement pour les stages d’été à Andrézieux-Bouthéon et à Cublize et pour le Réveillon) |
|  | Attestation d’assurance responsabilité civile si celle-ci n’est pas prise avec la licence Sport Adapté. |
|  | Sur une même page les copies de : *la carte d’identité (recto verso), carte vitale et carte mutuelle.* |
|  | Les documents de demande de licence remplis avec certificat médical complété par un médecin (pour les personnes n’ayant pas de licence sport adapté pour la saison en cours). |

 **INSCRIPTION STAGES 2020**

Madame / Monsieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Inscrit** Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cocher la (les) case(s) correspondant au(x) séjour(s) choisi(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diverty’Neige** | **Du 31/01 au 02/02** |  Montant | 390 € |
| **Cirque à la campagne** | **Du 18/04 au 25/04** |  Montant | 800 € |
| **Fécl’Ascension** | **Du 21/05 au 24/05** |  Montant  | 535 € |
| **Journée Ados** | **Le 06/06** |  Montant  | 50 €  |
| ***Pour les semaines d’août, il est possible de choisir 1, 2 ou 3 semaines à la suite*** ***(Différents séjours peuvent être choisis) :*** |
| ***Exemple pour 3 semaines de vacances : Oxygénation + Nautilac + Atout Sports***  |
| **Vercors Oxygénation** | **Du 2/08 au 09/08** |  Montant  | 800 € |
| **La Caval’Rit** | **Du 2/08 au 09/08** |  Montant | 960 € |
| **La Caval’Rit** | **Du 9/08 au 15/08** |  Montant  | 840 € |
| **Nautilac** | **Du 2/08 au 09/08** |  Montant  | 770 € |
| **Nautilac** | **Du 9/08 au 15/08** |  Montant  | 660 € |
| **Ballons et Crampons** | **Du 16/08 au 23/08** |   Montant | 770 € |
| **Pour les séjours ATOUT SPORTS, si l’inscription n’est pour qu’une semaine, merci de privilégier la 1ère ou la 3ème. Cela permettra de ne pas bloquer les demandes de 2 semaines consécutives.** |
| **Atout Sports** | **Du 2/08 au 09/08** |  Montant   | 770 € |
| **Atout Sports** | **Du 9/08 au 16/08** |  Montant   | 770 € |
| **Atout Sports** | **Du 16/08 au 23/08** |  Montant   | 770 € |
| **Relax’Et Vous** | **Du 2/08 au 09/08** |  Montant  | 970 € |
| **Relax’Et Vous** | **Du 9/08 au 16/08** |  Montant  | 970 € |
| **Relax’Et Vous** | **Du 16/08 au 23/08** |  Montant  | 970 € |
| **Nutrisport** | **Du 16/10 au 18/10** |  Montant  | 330 € |
| **Réveillon Nouvel an** | **Du 30/12/2020 au 02/01/2021** |  Montant  | 410 € |
|  **Montant total séjour(s)**= \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |

**Montant dû avec la réservation :**

**🙟 30 %** d'arrhes (Total des stages) = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**🙟 50** € d'adhésion annuelle (frais de dossier séjour) = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**Frais de transport** :

**🙟** Transport Particulier Andrezieux Aller retour

**🙟** Transport collectif minibus Andrezieux  Aller (30€) retour (30€) = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**🙟** Transport Particulier Cublize Aller retour

**🙟** Transport collectif minibus Cublize  Aller (30€) retour (30€) = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**🙟** Navette entre les séjours Nautilac/Caval’Rit (Cublize) et les séjours Atout Sport/Ballons et crampons/Relax’Et Vous (Andrézieux) (10€/ personne)

 Oui, je souhaite que la personne inscrite bénéficie de cette navette **= 10 €**

**🙟** Transport Particulier Réveillon Aller retour

**🙟** Transport collectif réveillon  Aller (30€) retour (30€) = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**🙟 Total règlement à la réservation** : = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**Règlement à l’ordre du CDSA 69** :  Chèque N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ banque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Virement bancaire Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le solde du règlement doit être envoyé 30 jours avant le départ du ou des stage(s) choisi(s).

**Date : Signature :**

Photo

**FICHE D’IDENTITE**

Nom :

N° Licence FFSA : …………...

N° Association : ………………

Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Actuellement le participant est :

**Soit**  Scolarisé :

 En milieu ordinaire  En intégration individuelle  En ULIS

Nom et ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Scolarisé : Suivi par un système

 CAMPS  CCMP  SESSAD

Nom et ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Soit** Pris en charge dans un établissement médico-social (nom et ville)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Soit** Travailleur :

  En ESAT (nom et ville) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  En milieu ordinaire

**Soit** Sans prise en charge

**Soit** En centre d’accueil de jour ou foyer (nom et ville) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable légal du participant(**Si organisme de tutelle nom, mail et téléphone du tuteur avec tampon**)

Nom et prénom :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse annuelle :

Mail de la mère :…………………………………………………………………………………………………………

Mail du père :………………………………………………………………………………………………………………

Profession de la mère :………………………………………………………………………………………………

Profession du père :……………………………………………………………………………………………………

Téléphone :

Domicile : …………………………………………………………………………………………………….. Travail : …………………………………………………………

Portable(s) (**joignable(s) à tout moment lors des stages**) : mère : ……………………………………………….

Père ; …………………………..…………..Autre(s) (préciser qui) ………………………………………………………………………………………………………..

Nom et Tél. du médecin traitant…………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| Pour les séjours d’été**:** La personne inscrite souhaite-t-elle être dans la même chambre qu’un(e) ami(e) inscrite dans le **même séjour** (cela ne peut se faire si les personnes sont inscrits dans des séjours différents)? Si oui, avec qui : ……………………………………………………………………………………………………………...La personne inscrite est-elle en couple, avec une personne inscrite la même semaine de séjour ? Oui  Non Si oui, souhaite-elle dans la même chambre ? Non  Oui (si oui, compléter l’autorisation de chambre en couple page 4)Quel est le nom/prénom de son/sa conjoint(e) : ………………………………………………………………………………… |

**FICHE D’AUTORISATIONS**

**Merci de cocher les cases et de signer en bas de page**

**afin de valider les autorisations.**

|  |
| --- |
| **Autorisation pour les participants** :Je soussigné(e) : ………………………………….🞎 père 🞎 mère 🞎 tuteur, responsable légal de ……………………………………………………., atteste sur l’honneur avoir l’autorité nécessaire pour valider les autorisations ci-dessous.  |

|  |
| --- |
| **Autorisation médicale** :🞎J’autorise le directeur du séjour, en accord avec un médecin et après en avoir été averti, à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux (y compris anesthésie générale) qui s’avèreraient nécessaires et m’engage à rembourser l’intégralité des frais médicaux engagés par le CDSA69.  |

|  |
| --- |
| **Droit à l’image** :🞎J’autorise le CDSA69 à utiliser toutes les images, films ou documents (presse, TV, CD souvenir) où figureraient mon enfant dans le strict respect de la déontologie fédérale.C:\Users\darty\Downloads\pictograms-aem-0058-general-warning-hazard.png Sans droit à l’image, votre enfant n’apparaitra pas sur le CD souvenir remis en fin de séjour. |

|  |
| --- |
| **Autorisation de chambre en couple** : (à compléter uniquement si le participant est déjà en couple, et préciser le nom et le prénom des deux personnes)J’autorise ……………………………………..… à dormir en couple avec …………………………... pendant la durée du séjour. J’ai bien noté que cela ne pourra être possible seulement si le nombre de chambre est suffisant pour l’ensemble des vacanciers.  |

|  |
| --- |
| **Retour anticipé :**🞎J’autorise Mr, Mme……………………………………. à venir récupérer….……………………………sur le lieu de séjour, suite à son comportement inapproprié (violence, mal-être persistant, mise en danger de soi-même ou d’autrui…) ou suite à un problème médical.Nom et prénom de la personne autorisée…………………………………………… Téléphone…………….. |

|  |
| --- |
| **Décharge traitement médical** :🞎Je déclare avoir pris connaissance, en page 5, de la législation concernant la préparation des médicaments.Je suis informé qu’en cas de non-respect de ces consignes le vacancier pourra être refusé en séjour du CDSA. |

Fait à : …………………………… Signature :

Le : ……………………………….

**REGLEMENT INTERIEUR**

* **Vie collective**

L’équipe de direction en accord avec le bureau du CDSA69 se réserve le droit, après en avoir informé sa famille ou son représentant légal, d’écourter le stage d’un sportif pour l’une des raisons suivantes :

- si le comportement d’un sportif venait à perturber le bon déroulement du stage ou la sécurité des autres vacanciers,

- si le dossier médical ou la grille de connaissances sont erronés,

- si l’autonomie de la personne est non conforme au tableau se trouvant en page 1.

* **Traitement médical**

Conformément à la législation, les représentants légaux (parents, tuteurs, institutions, établissements …) sont responsables de la préparation des médicaments.

**L’ordonnance en cours de validité devra impérativement être jointe au(x) semainier(s) préparé(s) pour la durée totale du séjour**. Les semainiers seront stockés dans un endroit sécurisé.

Le vacancier devra venir muni de ses médicaments en nombre suffisant pour la durée du séjour sans oublier de prévoir le traitement de 2 jours supplémentaires, en cas de problème (perte d’un comprimé par exemple).

**Nom, prénom et photo du vacancier doivent être scotchés sur chaque pilulier.**

**Le pilulier devra être remis aux directeurs du séjour lors de l’arrivée sur les lieux de rendez-vous.**

Le CDSA se réserve le droit de refuser le vacancier si les consignes ci-dessus ne sont pas respectées.

Toute erreur constatée à l’arrivée devra être rectifiée par le représentant légal ou par un personnel médical : les coûts induits seront à la charge du représentant légal.

Le sac de médicaments étiqueté avec le nom, sera réceptionné à l’arrivée du convoyage ou sur le lieu du séjour.



 Sur l’ordonnance des traitements du vacancier, merci de demander au médecin d’ajouter la mention « **Geste de la vie courante** » afin de nous autoriser à distribuer les médicaments à votre enfant.

* **Argent de poche**

L’argent de poche du vacancier sera remis à l’encadrement en début de séjour. Un maximum de **20 à 25€** est largement suffisant (cartes postales, timbres…). En cas de montant supérieur, le CDSA69 se dégage toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Un détail des dépenses vous sera fourni.

Fait à  :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** le : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Signatureprécédée de la mention« lu et approuvé » |

**FICHE MEDICALE**

**Cette fiche médicale doit être impérativement complétée par un médecin.**

Les informations restent confidentielles.

**Si cette fiche a été transmise en début de saison 2019/2020 avec le dossier de demande de licence, il n’est pas nécessaire de la faire compléter à nouveau**

**NOM - Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Nature du handicap (si connue) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Autres maladies ou déficits** : (cocher si concerné)

|  |
| --- |
| Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A partir de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Déficit sensoriel

Cardio-vasculaire

Respiratoire

Neurologique

Déficit locomoteur

Gynécologique

Psychiatrique

Antécédents chirurgicaux

Trouble du caractère ou du comportement

Altitude déconseillée

* **Activités en eau thermale autorisées**NON OUI
* **Traitement médical lors du séjour** NON OUI (**si oui joindre l’ordonnance**)
* **Allergies** :

Asthme

Alimentaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médicamenteuse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Cocher les maladies déjà contractées** :

🞎Rubéole 🞎Varicelle

🞎 Coqueluche 🞎 Angine

🞎 Otite 🞎 Rhumatisme articulaire aigu 🞎 Rougeole 🞎 Oreillons Scarlatine

* **Remarques particulières** :

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

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

Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Cachet et Signature du médecin :

**GRILLE DE CONNAISSANCE**

Valable jusqu’en 2022 (sauf si changements importants de comportement)

*Afin d’accueillir au mieux les personnes merci de donner le plus d’informations susceptibles d’être utiles. Vous pouvez joindre tout document en votre possession pouvant nous servir.*

Nom / Prénom : ...................................................................................................................................

* **Santé**

**Recommandations utiles**

Votre enfant porte-t-il des :

Lunettes 🞎 OUI 🞎 NON

Lentilles 🞎OUI 🞎 NON

Prothèses auditives 🞎OUI 🞎 NON

Prothèses dentaires 🞎OUI 🞎 NON

La nuit utilise-t-il une machine pour l’apnée du sommeil :🞎 OUI 🞎 NON

**Cocher les vaccins effectués et préciser la date du dernier rappel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Dates derniers rappels** | **Vaccins obligatoires** | **Dates derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| 🞎DT Polio |  | 🞎Tétanos |  | 🞎Hépatite B |  |
| 🞎Tétracoq |  | 🞎Poliomyélite |  | 🞎ROR |  |
| 🞎BCG |  |  |  | 🞎Coqueluche |  |
| 🞎Diphtérie |  |  |  | 🞎Autres |  |

**Antécédents chirurgicaux :** (préciser les dates et les précautions à prendre)

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

**Antécédents traumatologiques sportifs :** (préciser les dates et les précautions à prendre)

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

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

* **Vie quotidienne**

Le participant fume-t-il ? 🞎 OUI 🞎 NON

Si oui, doit-on surveiller sa consommation ? 🞎 OUI 🞎 NON Quantité quotidienne : ………………..

Le participant peut-t-il être incontinent ? 🞎La nuit 🞎Le jour 🞎 Non jamais

Si oui, porte-il des protections ? 🞎La nuit 🞎Le jour 🞎 Non jamais

Le participant demande-t-il d’aller aux WC ? 🞎OUI 🞎 NON

Faut-il l’accompagner ? 🞎OUI 🞎 NON

A peur de l’obscurité ? 🞎OUI 🞎 NON

Si oui, merci de lui prévoir une veilleuse pour la nuit.

**Communication:**

Le participant a l’usage de la parole : 🞎ordinaire 🞎difficile 🞎 ne parle pas

Dans le quotidien, existe –t’il des astuces pour mieux le comprendre (pictogrammes, tableau de communication, signes…)?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Hygiène :**

 Oui Non Besoin d’aide

Reconnaît son linge 🞎 🞎 🞎

Change ses vêtements 🞎 🞎 🞎

Lace ses chaussures 🞎 🞎 🞎

Fait sa toilette 🞎 🞎 🞎

Se brosse les dents 🞎 🞎 🞎

Prend sa douche 🞎 🞎 🞎

Se change pendant les règles 🞎 🞎 🞎

S’habille 🞎 🞎 🞎

Se rase 🞎 🞎 🞎

Se coiffe 🞎 🞎 🞎

Se coupe les ongles 🞎 🞎 🞎

**Transports et des déplacements :**

Le participant a-t-il besoin d’une surveillance particulière lors de ses déplacements ? 🞎 OUI 🞎 NON

🞎 Risque fréquent de « fugue» 🞎 OUI 🞎 NON

 🞎 Conscience du danger 🞎 OUI 🞎 NON

 🞎 Autre : .........................................................................................................................

 **Alimentation :**

Autorisé à boire : 🞎du café 🞎du thé 🞎de la tisane

Faut-il surveiller constamment la quantité alimentaire ? 🞎 OUI 🞎 NON

Le participant suit-il un régime ? 🞎 OUI 🞎 NON

Si oui, préciser :🞎 Pas de pâtisserie 🞎 sans sauce 🞎 sans sucre 🞎 pain complet🞎végétarien 🞎sans porc

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

* **Vie en collectivité**

**Relations** :

🞎 Apprécie la vie de groupe et la relation avec les autres

🞎 Se sent plus à l’aise dans les relations en petits groupes

🞎 Manifeste peu de relation aux autres (en grand ou petit groupe)

🞎 Présente des difficultés (sur le plan du comportement) avec les autres au sein d’un groupe

🞎 OUI 🞎 NON - Si oui décrire : ………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….

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

**Comportement :**

A un objet fétiche ? 🞎 OUI 🞎 NON Lequel : ……………………….

A des rituels ? 🞎 OUI 🞎 NON

A tendance à fuguer ? 🞎 OUI 🞎 NON

La personne est-elle sujette : 🞎 délires 🞎 hallucinations 🞎 phobies

A-t-elle besoin d’une veilleuse la nuit ? 🞎 OUI 🞎 NON Si oui, lui en prévoir une pour le séjour

* **Activités physiques**

Pratique du sport toute l’année 🞎 OUI 🞎 NON

Si oui, quels sports ?.....................................................................................................................

En club : 🞎 ORDINAIRE 🞎 ADAPTE Lequel : ……………………….

Aime les sports individuels : 🞎 OUI 🞎 NON

Aime les sports collectifs 🞎 OUI 🞎 NON

Sport à progression souhaité pour les séjours été multisports ANDREZIEUX (Les sports de progression sont choisis en fonction des animateurs présents et des installations sportives disponibles)

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

Quels autres sports souhaite-il pratiquer ?.........................................................................................

Le participant présente-t-il des contre-indications ou des difficultés (angoisses) pour certaines activités ? 🞎 OUI 🞎 NON

Si oui, à préciser : .......................................................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**Conseils utiles à connaître sur le participant :**

Vous pouvez préciser les attentes du vacancier et de la famille ayant motivé son inscription

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**TRANSPORTS**

|  |
| --- |
| **pt exclama.pngMerci de respecter les horaires de transport pour le bon déroulement des séjours et le respect des autres vacanciers.** |

Nom / Prénom du vacancier : ..................................................................................

Les transports collectifs s’effectuent au départ de Vénissieux, sur notre parking (proche Tram T4 – Arrêt Joliot Currie Marcel Sembat et Métro D - Arrêt Parilly).

Le transport sur le lieu du séjour est géré par le CDSA69 au départ de Vénissieux et est pris en compte dans le tarif du séjour **SAUF pour** :

* **Les transports d’été à Andrézieux-Bouthéon et à Cublize :**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Transport individuel** :

Arrivée à Andrézieux ou à Cublize entre 14h et 16h Départ entre 9h30 et 11h🞎**ALLER** : Date : …………. Heure : ………..🞎**RETOUR** : Date : …………. Heure : ……...La famille, le tuteur ou l’établissement gère la navette entre Andrézieux ⬄ Cublize :🞎 **OUI 🞎 Pas concerné** **🞎 NON mais je souhaite bénéficier de la navette à 10€** | * **Transport collectif** :

Départ de Vénissieux à 14hRetour à Vénissieux à 11h**ALLER** : Date : ………….. Lieu : 🞎 Vénissieux 🞎 Gare Part Dieu (uniquement pour les personnes venant seules en train) **RETOUR** : Date : …………  Lieu : 🞎 Vénissieux 🞎 Gare Part Dieu (uniquement pour les personnes repartant seules en train)  |

* **Les transports pour le Réveillon** :

|  |  |
| --- | --- |
| * **Transport individuel** :

Arrivée à 16hDépart à 9h30 précises🞎**ALLER :**  Date : …………. Heure : ……...🞎**RETOUR** : Date : …………. Heure : ……... | * **Transport collectif** :

Départ de Vénissieux à 14hRetour à Vénissieux à 11h**ALLER** : Date : ………….. Lieu : 🞎 Gare Part Dieu 🞎 Vénissieux**RETOUR** : Date : …………  Lieu : 🞎 Gare Part Dieu 🞎 Vénissieux |

Le changement en cours de stages du mode de transport particulier en collectif ne pourra se faire que sous réserve de places suffisantes dans nos minibus et en ayant prévenu au minimum 24 h à l’avance, le responsable du Stage.

Date : ……………………… Nom du Signataire : …………………………..

 Signature :