



DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOURS & WEEK-ENDS

Le Vacancier :

Nom :
 Prénom : Sexe : F M
 Age : Né(e) le :
 Nationalité :
 Numéro sécurité sociale :
 Classification : Bonne Autonomie Moyenne Autonomie Faible Autonomie

Les Séjours

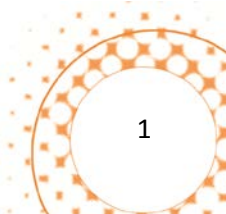
<input type="checkbox"/> WE Natation : 9 et 10 octobre 2017	<i>Séjour sportif</i>
<input type="checkbox"/> Toussaint: du 30 au 3 novembre 2017	<input type="checkbox"/> Du 28 juillet au 4 août 2018
<input type="checkbox"/> Hiver : du 24 février au 3 mars 2018	<input type="checkbox"/> Du 4 au 11 août 2018
<input type="checkbox"/> Catalogne : du 21 au 28 avril 2018	<input type="checkbox"/> Du 11 au 18 août 2018
<input type="checkbox"/> PiWi : 7 au 14 juillet 2018	<i>Séjour Découverte Sportive</i>
<input type="checkbox"/> Séjour à la carte	<input type="checkbox"/> Du 28 juillet au 4 août 2018
<input type="checkbox"/> Détente : du 4 au 11 août 2018	<input type="checkbox"/> Du 4 au 11 août 2018
<input type="checkbox"/> A l'hôtel : du 4 au 11 août 2018	<input type="checkbox"/> Camping : du 28 juillet au 4 août 2018

Personne en charge de l'inscription du vacancier :

Nom / Prénom : Qualité :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tel 1 : Tel 2 : Mail :
 Un numéro de téléphone est **obligatoire** en cas d'urgence durant le séjour :

Règlement par : Pour le tarif se référer au devis transmis lors de la pré-inscription

Nom / Prénom : Qualité :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tel : Mail :





INFORMATIONS MEDICALES

Médecin Traitant :

Nom :

Adresse et tel :

.....

Handicap :

Type de handicap / Troubles / Syndromes :

.....

.....

Déficit sensoriel :

Visuel : OUI NON type : port de lunettes lentilles

Auditif : OUI NON type : appareillage Oui Non

Taille : Poids :

Antécédents :

Antécédents chirurgicaux :

.....

Antécédents traumatiques sportifs :

.....

Allergies aux médicaments connues :

Autres allergies :

.....

Vaccination tétanos : date du dernier rappel :

Diabète : OUI NON type :

Médicaments en cours (avec photocopie de l'ordonnance, au besoin à transmettre sous pli confidentiel) :

.....

.....

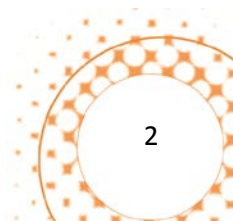
.....

.....

.....

.....

.....





**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE NON COMPETITIVE
DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES SPORT ADAPTE**

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr.....

Né le :

Qu'il (elle) ne présente ce jour aucun signe d'affection cliniquement décelable contre indiquant la pratique hors compétition à la FFSA.

Restrictions éventuelles concernant une ou plusieurs disciplines sportives (préciser les disciplines concernées) :.....
.....
.....
.....
.....

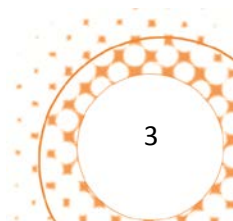
J'autorise également mon (ma) patient(e) à prendre avant d'aller consulter un confrère:

- en cas de douleurs céphalées une à deux prises de paracétamol mg
- en cas de douleurs dysménorrhées une à deux prises de paracétamol mg
- une à deux prises d'ibuprofène mg

Fait à

Le

Signature & Cachet :





Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Vu le Code du sport, notamment ses articles L. 231-2 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5
Annexe II-22 (article A. 231-1) du Code du sport

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive Sport Adapté.

Répondez vous-même, ou avec l'aide d'un proche, aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Attestation de renseignement du questionnaire de santé

(coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné Madame/Monsieur

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné Madame/Monsieur

, en ma qualité de représentant légal de

, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du représentant légal :

Attestation d'impossibilité de renseigner le questionnaire de santé

(coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné Madame/Monsieur

- *atteste ne pas être en mesure de renseigner le questionnaire de santé QS-SPORT ;*
- *fournis à mon club un certificat médical datant de moins d'un an.*

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné Madame/Monsieur

en ma qualité de représentant légal de

- *atteste ne pas être en mesure de renseigner le questionnaire de santé QS-SPORT ;*
- *fournis à mon club un certificat médical datant de moins d'un an.*

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du représentant légal :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Situation Familiale :

Représentant légal :

Parents Père Mère Tuteur

Le vacancier est rattaché au domicile :

Parents Père Mère Famille d'accueil Etablissement spécialisé



Nom/Prénom (ou lieu d'accueil) :

Adresse :

Tel 1 : **Tel 2 :** **Mail :**

Autre personne susceptible d'être contactée :

Nom/Prénom (ou lieu d'accueil) :

Qualité (père / mère/éducateur) :

Adresse :

Tel 1 : **Tel 2 :** **Mail :**

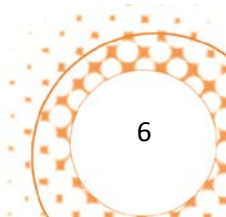
Etablissement :

Le vacancier fréquente un établissement spécialisé OUI NON

Nom :

Adresse :

Tel : **Personne référente :**





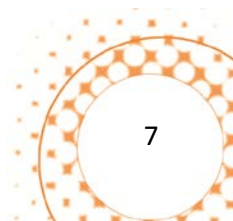
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Hygiène

	Oui	Avec Aide	Non
Sait se laver			
Sait se raser / s'épiler			
Sait s'habiller			
Fait sa toilette			
Sait aller aux toilettes			
Pour les femmes :			
Est réglée			
Utilise un moyen de contraception, préciser lequel			
Le prend seule			
Utilise des serviettes périodiques			
Utilise des tampons			
Pour tous :			
Vit en couple			
Le conjoint est inscrit dans le même séjour			
Le couple souhaite partager la même chambre avec un lit double			
Enurétique		<input type="checkbox"/> En journée <input type="checkbox"/> La nuit	
Encoprétique		<input type="checkbox"/> En journée <input type="checkbox"/> La nuit	
Porte des protections		<input type="checkbox"/> En journée <input type="checkbox"/> La nuit	
Met seul ses protections			

Sommeil

	Oui	Non
Peut avoir des angoisses / insomnies		
A peur de l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
A besoin de faire une sieste		
Demande à faire une sieste		
Heure habituelle de coucher :		
Heure habituelle de lever :		
Rituel de sommeil		





FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Repas / Alimentation

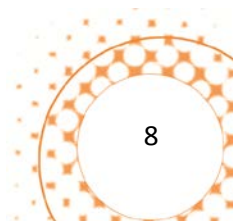
	Oui	Avec Aide	Non
Prend ses repas seul			
Sait couper ses aliments			
Régime alimentaire :			
Allergie alimentaire connue :			
A savoir :			
.....			
Habitude Alimentaire (repas sur plateau, assiettes au fur et à mesure, goûter, heures fixes) pour le séjour PiWI :			
.....			

Produits à consommation modérée Pour les mineurs la consommation de ces produits est interdite

	Oui	Avec Aide	Non
Alcool (bière / vin / cidre) Si oui, sa consommation restera occasionnelle, modérée et gérée par l'équipe			
Fume			
Sait gérer sa consommation de tabac – protocole à fournir -			
A savoir :			
.....			
.....			

Autonomie

	Oui	Avec Aide	Non
Sait gérer ses affaires personnelles			
Sait reconnaître ses affaires			
Possède un téléphone pour le séjour ? numéro :			
Sait demander son chemin			
Lit l'heure			
Se repère dans un nouveau lieu			
Sait donner son avis et choisir une activité			
A savoir :			
.....			





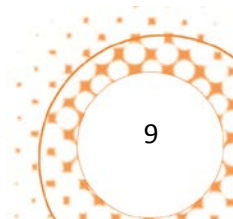
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Aptitudes physiques

	Oui	Avec Aide	Non
Monte et descend les escaliers			
Peut marcher	<input type="checkbox"/> + 2 h	<input type="checkbox"/> 1h / 1h30	<input type="checkbox"/> - 1h
Se déplace avec béquilles / cannes :			
Baignade autorisée			
Sait nager			
Met la tête sous l'eau			
Sait nager où il/elle n'a pas pied			
Sait faire du vélo / VTT			
Sait monter à cheval			
A le vertige			
Participe à une activité sportive :			
A déjà fait du (rayer les sports jamais pratiqués) : canoë-kayak, roller, accro-branche, escalade, canyoning, rafting, patinoire, équitation			
A savoir :			
.....			
.....			

Vie en collectivité

	Oui	Avec Aide	Non
Communique par le langage			
Communique par les gestes			
Utilise des pictogrammes (les transmettre avec le dossier d'inscription)			
Est pertinent dans ses propos et gestes	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> jamais
Comprend facilement ce qu'on lui dit			
Sait écrire			
Sait lire			
Sait téléphoner			
A savoir :			
.....			





FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Comportement au sein d'un groupe et adaptation

	Oui	Avec Aide	Non
A l'habitude de vivre et d'évoluer dans un collectif			
Participe aux actes de la vie quotidienne			
A l'habitude de s'intégrer dans un groupe qu'il ne connaît pas			
Est déjà parti en séjour			
Est déjà parti en séjour avec le MCSA			
A des angoisses			
A des manifestations agressives envers <input type="checkbox"/> Lui/Elle-même <input type="checkbox"/> Les autres <input type="checkbox"/> Les objets			
A tendance à fuguer			
A tendance à s'isoler			
A savoir :			
.....			
.....			

Soins particuliers

Ce que le vacancier aime ou n'aime pas ; Ce qu'il/elle sait faire, ses goûts, ses centres d'intérêt, ses inquiétudes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eléments supplémentaires qui vous semblent importants

.....

.....

.....

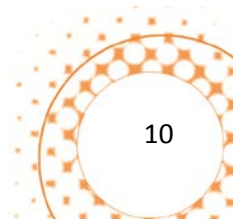
.....

.....

.....

.....

.....





FINALISATION DE L'INSCRIPTION

Droit à l'image

Si vous **ne souhaitez pas** que le MCSA utilise l'image du vacancier, merci de cocher la ou les cases correspondantes

- Dans ses publications ou catalogues à venir
- Dans ses photographies souvenirs pour les vacanciers

Si vous souhaitez que le vacancier récupère les photos des séjours il suffit de nous donner l'adresse mail où vous sera envoyé le code pour récupérer les photos sur le site internet :

Votre mail :

Signature :

Je soussigné(e) agissant en qualité de.....
déclare avoir rempli avec exactitude l'intégralité du dossier d'inscription ainsi qu'avoir pris connaissance du règlement (qui se trouve dans le catalogue) et déclare les accepter.

Certifié exact **fait à :** **Le :** **Signature**