

**LUN 28 > MER 30 OCT**

# VACANCES SPORTIVES

## Sport Adapté

Inscription à la  
journée  
Tarif : 10 €  
(Prévoir le  
pique-nique)

Accueil des enfants  
en situation de  
handicap mental ou  
psychique  
de 8 à 18 ans

Dossier à  
télécharger sur  
[www.cdasa47.com](http://www.cdasa47.com)

**Complexe sportif Saint Germes  
Le Passage d'Agen**



**PHOTO**  
Obligatoire

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Documents à fournir :

- Dossier d'inscription dûment complété
- Participation financière (10€ par jour / enfant)
- Certificat médical de non contre indication à la pratique du Sport Adapté (exemple joint)
- Règlement des vacances sportives daté et signé
- Notification MDPH ou certificat d'éligibilité (exemple joint)

## Le sportif :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../..... Age : ..... ans Sexe : F  M

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : .....

Licencié FFSA : Oui  Non

Si oui : N° de licence FFSA : ..... Nom du club : .....

## Inscription :

**(Tarif : 10€/jour/enfant)**

Présent le : Lundi 28  Mardi 29  Mercredi 30

Heure : d'arrivée (entre 8h30 et 9h30) : ..... De départ (entre 16h15 et 18h) : .....

Total : € Payé par : Chèque  Espèces  Virement

Facture à adresser à : .....

.....

## Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité (parent / tuteur...) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : .....

## Personne habilitée à récupérer l'enfant (si différente) :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité (parent / tuteur...) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : .....

## INFORMATIONS DIVERSES

### Vie Quotidienne

- Pris en charge ou suivi dans un établissement médico-social
- Scolarisé :  en milieu ordinaire     en intégration     en ULIS
- Sans prise en charge

### Pour les actes de la vie quotidienne :

- Est autonome
- A besoin d'aide pour les actes suivants : .....
- Est dépendant pour les actes suivants : .....

### Informations médicales :

Nom du médecin traitant : ..... N° tél : ..... / .....

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm

Vaccinations :

Le sportif est à jour de ses vaccinations  Oui  Non

### Repas, Alimentation

Suit-il un régime :  Oui  Non

Si oui, lequel : .....

Est-il allergique :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Préconisations / Remarques :

.....

### Activités, loisirs

Participe de manière volontaire aux activités :  Oui  Non

A besoin d'être stimulé pour participer :  Oui  Non

Activités sportives pratiquées :

.....

Marche :  - d'1h     1-2h     2-3h

Indiquez ci-dessous tous renseignements que vous jugez utiles quant au comportement de l'enfant (émotivité, agressivité...) et quant à ses habitudes de vie et de santé:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## EXEMPLE DE CERTIFICAT MEDICAL



### CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES EN SPORT ADAPTÉ SAISON SPORTIVE 2019-2020

N° de licence FFSA : .....

Nom du club FFSA : .....

Je soussigné(e), Docteur .....

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

Né(e) le .....

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique de toute activité physique et sportive adaptée « hors compétition » que le licencié aura choisie (participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous).

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique des activités physiques et sportives adaptées « en compétition », dans les disciplines suivantes (citer chacune des disciplines autorisées en compétition), que le licencié aura choisie :

-  
-  
-  
-

Restrictions ou remarques éventuelles : .....

NB : pour les disciplines concernées par l'article A. 231-1 du Code du sport, modifié par l'arrêté du 9 juillet 2018 se référer à ce texte (alpinisme, boxe anglaise, plongée subaquatique, rugby, spéléologie, etc.).

#### Protection des données : Informations préalables

Les informations recueillies dans le présent certificat ont pour finalité l'obtention d'une licence d'une fédération sportive (article L. 231-2 du Code du sport). Ces informations sont enregistrées par l'association à des fins de saisie de la licence. Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et la date du certificat médical est mentionné dans le fichier informatisé tenu par la Fédération Française du Sport Adapté. Cette durée peut être prorogée dans le cas d'un renouvellement de licence (cf. page 2 du présent document). Le dossier du sportif comprenant ce certificat médical est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non renouvellement de sa licence par l'association concernée. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et d'un droit de rectification ou d'un droit de suppression des données vous concernant. Afin d'exercer ces droits, vous pouvez contacter l'association qui a saisi votre licence.

Fait à..... le .....

Signature et cachet du médecin :



## CERTIFICAT MÉDICAL D'ÉLIGIBILITÉ À LA FFSA

Conformément à la décision du Comité directeur du 16 juin 2018, toute personne qui a été orientée dans un établissement ou service spécialisé du milieu sanitaire, médico-social, social ou de l'éducation nationale, dont l'objet est l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental ou psychique (IME, IMPro, ESAT, Foyer occupationnel, FAM, MAS, foyer de vie pour personnes en situation de handicap mental ou de handicap psychique, SAMSAH psychiatrique, SESSAD, Hôpital de jour de psychiatrie et pédopsychiatrie, GEM spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, CLIS, ULIS, ITEP, MECS, etc.), est, de droit, éligible à la FFSA si elle exprime le souhait de pratiquer une discipline sportive au sein de la FFSA. Ces établissements devront être en mesure de fournir une attestation sur la situation présente ou passée de la personne.

Dans le cas contraire et si le sportif exprime le souhait de pratiquer une discipline sportive au sein de la FFSA, cette personne devra fournir à son association sportive le certificat-type ci-après.

**Ce certificat médical est à transmettre par le sportif sous pli cacheté confidentiel au médecin de sa ligue Sport Adapté ou au médecin fédéral national selon les cas (cf. liste page suivante).**

Je soussigné(e) Dr ....., certifie avoir examiné ce jour le .....

M. / Mme (nom et prénom) .....né(e) le .....

adresse .....

et atteste qu' il /elle:

**Présente :** *(à cocher)*

- Un handicap mental (déficience intellectuelle avérée)  Oui  Non
- Un handicap psychique (consécutif à un trouble psychiatrique sévère et persistant)  Oui  Non

**Qui met le sportif en difficulté dans au moins deux des items suivants :** *(à cocher)*

- Communication (troubles envahissants de la communication, difficultés à comprendre que l'autre est différent dans son mode de pensée, ses émotions, difficultés à identifier les rôles de chacun, idées délirantes impactant la communication)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Socialisation (peu ou pas de curiosité et intérêt pour autrui ou loisirs, difficultés dans l'intégration dans un groupe, pour identifier et comprendre une situation sociale, pour demander de l'aide, troubles du comportement)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Motricité (ralentissement, gestes parasites, atteinte de motricité fine)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autonomie (capacité à s'organiser dans une activité habituelle, dans une situation nouvelle, capacité d'apprentissage, motivation pour gestes de base, motivation pour initier et persévérer dans un projet, gestion du temps)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Le .....  
Signature du sportif :

Le .....  
Signature et tampon du médecin avec numéro RPPS :

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous disposez d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit de suppression des données vous concernant. Vous pouvez contacter le médecin régional de la Ligue Sport Adapté concernée (cf. liste des adresses ci-dessous) ou le médecin national fédéral de la FFSA (3 rue Cépré - 75015 PARIS) afin d'exercer ces droits.