

**Séjour Loisir Neige du 27 au 31 Janvier 2014
A St Sorlin d'Arves Résidence ANAE Chalet de L'Ornon**

Dossier d'inscription

Le Comité Sport Adapté du Gard propose à ses licenciés sport adapté de participer à un séjour neige à St Sorlin d'Arves en Savoie (73) du lundi 27 au vendredi 31 Janvier 2014.

■ Hébergement :

L'accueil se fera à partir de 15h00 au chalet de l'Ornon qui se situe dans le village de St Sorlin d'Arves (73530). Ce chalet si situe à 4h00 de Nîmes (attention prévoir les équipements spéciaux : chaînes ou chaussettes adaptées aux véhicules)

Les chambres sont de 1 à 4 lits (dont un lit superposé), les douches et sanitaires sont collectifs.

13 chambres sont accessibles pour les personnes en fauteuil avec sanitaires et douche adaptées dans chaque chambre.

■ Restauration :

La restauration se fera sur le chalet.

Les repas proposés seront servis sous la forme de buffets pour le petit déjeuner et à la française pour le déjeuner et le dîner.

La pension complète comprend une prestation à partir du lundi soir jusqu'au vendredi midi (possibilité de prendre des pique nique à emporter).

■ Agréments :

L'établissement est agréé sous le numéro 73 280 330 par :

- La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- L'Académie-Direction des Services Départementaux de l'Education
- La Direction Départementale Jeunesse et Sports
- La municipalité de St Sorlin

■ Activités proposées :

2 TYPES D ACTIVITES

Activités « neige »

- Ski alpin
- Ski fauteuils*
- Chiens traîneaux*
- Randonnée raquettes
- Moto neige

Activités « découvertes »

- Luge*
- Visite de la fromagerie*
- Raquettes
- Visite ferme et traite des vaches*

**activités accessibles personnes en fauteuils*

■ Formules :

FORMULE 1 : pension complète + 2 activités découvertes
= 300€ PAR PERSONNE

FORMULE 2 : pension complète + 2 activités découvertes
+1enseignement ski et 1 chien traîneaux
OU
1moto neige et 1 chien traîneaux
= 365€ PAR SPORTIF

FORMULE 3 : pension complète + 2 activités découvertes
+ 3 enseignements ski
OU
2 enseignements ski et 1 chien de traîneaux
OU
1enseignement ski et 1 chien de traîneaux et 1 moto neige
= 410€ PAR SPORTIF

CE SEJOUR SE FAIT EN COLLABORATION AVEC LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS PARTENAIRES CE QUI PERMET DE REDUIRE LES COUTS.

L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF RESTE A LA CHARGE DES EDUCATEURS

LE TRANSPORT N'EST PAS PRIS EN COMPTE

INSCRIPTIONS SEJOUR MER DU 27 au 31 Janvier 2014

A RETOURNER AVANT LE 1^{er} Décembre 2013 AU CDSA30,

ATTENTION LE NOMBRE DE PLACES EST LIMITEE A 60
LES INSCRIPTIONS SE FERONT PAR ORDRE D'ARRIVEE DES DOSSIERS

NOM DE L'ASSOCIATION :
NOMBRE DE SPORTIFS INTERESSES :DONT
NOMBRE D'ACCOMPAGNATEURS :
AGE MOYEN DES PARTICIPANTS :

FORMULE CHOISIE : 1 2 3

ACTIVITES CHOISIES : (Donnez aussi les précisions que vous jugez nécessaires)

ACTIVITES NEIGE :

ACTIVITES DECOUVERTE :

Nom	Prénom	Date naissance	Sexe	N° de licence	Formule choisie
Accompagnateur					
					F1 : 300€
					F1 : 300€

CONDITIONS PARTICULIERES / ANNULATION

- ▶ Le règlement du séjour doit être effectué à réception de la facture, au plus tard le 15 janvier 2014.
- ▶ En cas de désistement avant le 15 janvier une retenue de 50% du cout du séjour sera effectuée, passé cette date (15 janvier) aucun remboursement ne sera effectué.
- ▶ En cas d'annulation de certaines prestations (conditions météorologiques trop mauvaises), le comité procèdera à un dédommagement.

FICHE DE RENSEIGNEMENT MEDICAL

INFORMATIONS MEDICALES CONCERNANT LE SPORTIF (une fiche par personne)

IMPORTANT A conserver sous pli par les accompagnateurs et à mettre à disposition de l'équipe médicale si besoin.

Nom et Prénom de l'athlète :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Association sportive.....

INFORMATIONS MEDICALES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale légère | <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires |
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale moyenne | <input type="checkbox"/> Maladies rénales |
| <input type="checkbox"/> Trisomie 21 | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Troubles articulaires |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'émotivité | <input type="checkbox"/> Hernies |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité au chaud et au froid | <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires |
| <input type="checkbox"/> Déficit visuel | <input type="checkbox"/> Maladies contagieuses récentes |
| <input type="checkbox"/> Port de lentilles de contact, de lunettes | <input type="checkbox"/> Affections respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Déficit auditif | |

En cas de réponses positives, merci de fournir quelques précisions.

MEDICATION EN COURS

Nom des médicaments	Posologie	Heures de prises	Date de prescription

ALLERGIES AUX MEDICAMENTS

VACCINATION

Tétanos _____ OUI / NON /

Date du dernier rappel _____

REGIME PARTICULIER POUR RAISON MEDICALE

Diabète OUI / NON Hyposodé OUI / NON

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE :

LA CARTE SECURITE SOCIALE ET LA MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Responsable à prévenir en cas d'urgence (nom et téléphone) :