



# Séjours sportifs adaptés Bulletin d'inscription

## » Stagiaire

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal : \_ \_ \_ \_ Ville : .....

Mail : .....@..... Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

Classification FFSA :  BC  CD Taille de tee-shirt : .....

## » Séjours

- Basket du 4 au 8 août à Hagetmau (40)
- Multisport du 4 juillet au 8 août à Hagetmau (40)
- Basket du 11 au 15 août à Hagetmau (40)
- Multisport du 11 au 15 août à Hagetmau (40)

**ETE  
2025 !**

## » Tarifs

Pension complète (du lundi au vendredi) : 550€

Options possibles :

- Je souscris à l'assurance annulation (voir CGV) : oui ou non +25€
- Je souscris l'arrivée la veille (dimanche soir vers 18h) : oui ou non +40€
- Je souscris la navette aller-retour de Pau : oui ou non +20€
- Je souscris à l'interstage (prise en charge du week-end si 2 semaines) : +150€

TOTAL : .....

**Pour valider l'inscription, merci de nous renvoyer ce bulletin par courrier (1 impasse du Pebe 64121 Serres-Castet) ou par mail avec un acompte de 200 euros.**

Fait à ..... Le .....

**Signature :**



## Condition générale de vente - Assurance

### ➤ Sans assurance :

30€ de frais de dossier si celle-ci est notifiée plus de 30 jours avant le départ.

Le montant de la retenue est porté à :

- 25% de 30 à 21 jours
- 50% de 20 à 8 jours
- 100% de 7 jours jusqu'au départ et en cas de non présentation.

### ➤ Avec assurance :

L'assurance annulation (25€) permet d'éviter ces retenues sur présentation d'un justificatif de :

- décès d'un membre de la famille (parents, frères ou sœurs)
- accident
- maladie du stagiaire.

### ➤ Modalités de paiement du séjour

Possibilité de régler en une ou plusieurs fois

**Le premier acompte est de 200€**

Moyens de règlements :

- chèque à l'ordre d' « Evasport »
- chèque vacances /coupon sports
- virement bancaire

IBAN : FR76 1690 6100 2587 0175 4424 020

BIC : AGRIFRPP869

Dossier à retourner par courrier à l'adresse : 1 impasse du Pebe 64121 Serres-Castet ou par mail à [contact@evasport.fr](mailto:contact@evasport.fr)

## RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

## PENDANT LE SEJOUR - URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence 24/24h

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Type de handicap :  handicap mental  handicap psychique

Travailleur ESAT :  oui  non

Appareillage :  oui  non

Autonomie au quotidien :  grande autonomie  moyenne autonomie

Peut se laver seul :  oui  non Peut aller aux toilettes seul :  oui  non

Hygiène (merci de développer) :

---

---

Repas (merci de développer) :

---

---

Gère son argent seul :  oui  non

Montant : \_\_\_\_\_ €

Comportement :

Agressivité physique :

- envers les autres  oui  non

- envers lui même  oui  non

Agressivité verbale :

- envers les autres  oui  non

- envers lui même  oui  non

Déviance sexuelle :  oui  non

Troubles du comportement :  oui  non

Troubles de l'orientation :

- dans l'espace  oui  non

- dans le temps  oui  non

Cleptomanie  oui  non

Sommeil agité  oui  non

Fugueur  oui  non

**Relation avec le groupe (merci de développer) :**

---

---

**Relation avec l'encadrement (merci de développer) :**

---

---

**Fumeur :**  oui  non

Si oui, quantité de cigarettes par jour :

**Consommation de café :**  oui  non

Si oui, fréquence :

**Remarques complémentaires :**

---

---

## DOSSIER MEDICAL

Allergies connues :  oui  non

Si oui, merci de préciser: \_\_\_\_\_

Régime alimentaire :  oui  non

Si oui, merci de préciser le régime et de nous joindre une copie du type de régime :

Diabète :  oui  non

Si oui, type de diabète :

Si oui, type de traitement :

Fréquences des injections :

Epilepsie :  oui  non

Stabilisé :  oui  non

Si non, fréquence des crises

Traitement pour l'épilepsie  oui  non

Cardiopathie :  oui  non

Asthme :  oui  non

Autres maladies connues :  oui  non

Si oui, merci de préciser \_\_\_\_\_

Maladies transmissibles :  oui  non

Si oui, merci de préciser \_\_\_\_\_

Le carnet de vaccination est-il à jour ?  oui  non

Si non, merci de bien vouloir procéder à la mise à jour de celui-ci avant le séjour.

**Contraceptif :**  oui  non

Pris seul :  oui  non

Appareillage dentaire :  oui  non

Autres contre-indications :

---

---

## MEDECIN TRAITANT ET TRAITEMENT

Prescrit par (nom du médecin) : \_\_\_\_\_

Le traitement a-t-il été modifié récemment :  oui  non

Téléphone du médecin : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Est-il joignable durant le séjour :  oui  non

Traitement médical pendant le séjour :  oui  non

Pris seul :  oui  non

Le traitement est-il quotidien :  oui  non

TRAITEMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

## PIECES A JOINDRE

- Photocopie de la carte d'identité en cours de validité
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie d'invalidité ou attestation MDPH
- Photocopie de la prescription médicale dactylographiée et valable pour le séjour
- Dossier du participant complété

## AUTORISATION DE LA PERSONNE EN CHARGE

Je soussigné, ..... agissant en qualité de .....  
autorise la direction à utiliser pour des raisons professionnelles les photos ou films pris avec le participant et déclare qu'il n'y a pas d'interdiction médicale à emprunter nos transports.  
Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par EVASPORT pendant le séjour.

Certifié exact, lu et approuvé à ..... Le .....  
Signature obligatoire :