



Séjours sportifs adaptés Bulletin d'inscription

» Stagiaire

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail :@.....

Classification FFSA : BC CD

Téléphone :

Taille de tee-shirt :

» Séjours

- Basket du 3 au 7 août à Hagetmau (40)
- Multisport du 3 au 7 août à Hagetmau (40)
- Basket du 10 au 14 août à Hagetmau (40)
- Multisport du 10 au 14 août à Hagetmau (40)

ETE
2026 !

» Tarifs

Pension complète (du lundi au vendredi) : 560€

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 accompte 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

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

Troubles du comportement : oui non

Troubles de l'orientation :

- dans l'espace oui non
- dans le temps oui non

Agressivité verbale :

- envers les autres oui non
- envers lui-même oui non

Cleptomanie oui non
Sommeil agité oui non
Fugueur oui non

Déviance sexuelle : 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

Traitements 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

Traitements médicaux 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 :