



## 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 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 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

## 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 :