

# SRIAS

# anas bretagne

## *Aventures à port-goret*

*Multisports-Handisports  
du 23 au 30 avril 2011*



*Séjour d'intégration pour les 6 - 17 ans  
Valides ou Porteurs de handicaps  
Organisé par la SRIAS Bretagne en partenariat avec l'ANAS Bretagne*



### Contact

Dossier à retirer sur notre blog

[anasbretagne.over-blog.com](http://anasbretagne.over-blog.com)

### Inscription

ANAS Bretagne  
Secrétariat SRIAS  
02.96.70.42.88  
Courriel : [bretagne@anas.asso.fr](mailto:bretagne@anas.asso.fr)

**AVENTURES A PORT GORET**  
**« MULTISPORTS HANDISPORTS »**

Séjour à TREVENEUC (22)  
Du samedi 23 Avril 2011 au samedi 30 Avril 2011

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

1) **TARIFS**

La participation financière demandée aux parents est déterminée en fonction du revenu fiscal de référence 2009, figurant sur l'avis d'imposition de 2010. Elle sera la suivante :

**Revenu Brut Global 2009 = Quotient**  
Nombre de parts

Si quotient inférieur à 12500€ : 25€/jour/pers de subvention SRIAS

Si quotient compris entre 12501 et 17550€ : 20€/jour/pers de subvention SRIAS

Si quotient supérieur à 17501€ : 15€/jour/pers de subvention SRIAS

2) **DOSSIER**

**Composition :**

- € Fiche d'inscription SRIAS
- € Fiche d'inscription et autorisation parentale
- € Avis d'imposition 2010
- € Fiche sanitaire de liaison à compléter et à signer
- € Fiche d'autonomie et grille d'autonomie (pour les enfants porteurs d'un handicap) avec toutes les précisions utiles pour l'accompagnement de votre enfant (règles de vie, traitement médical, matériels spécifiques...) ainsi que les coordonnées d'un référent éventuel (centre d'accueil, éducateur référent, projet personnalisé d'autonomie...)
- € Photocopie de l'attestation de la carte vitale de l'assuré ayant en charge l'enfant.
- € Photocopie du livret de famille faisant apparaître la fratrie ou l'enfant.
- € Le « Trousseau » (indicatif en dernière page)
- € Règlement du séjour à l'ordre de **L'ANAS (chèques vacances et bon CAF acceptés)**

Le dossier complet est à adresser pour le 8 Avril 2011

à :

**CENTRE ANAS**  
**25,rue du Port GORET 22410 TREVENEUC**

ANAS

**MULTISPORTS**

SRIAS

**HANDISPORTS**

### **I) HANDICAP ET SPORT**

**De nombreuses activités sportives sont accessibles aux enfants porteurs de handicaps.**

**Le handicap n'est pas un obstacle à la pratique d'un sport, bien au contraire il permet un certain bien être à la fois physique et mental.**

**La plupart des sports pratiqués par une personne valide peuvent aussi être pratiqués par un enfant en situation de handicap.**

### **II) Avantages / Atouts**

**Grâce au sport, l'enfant développe ses qualités physiques de base comme la vitesse, l'adresse, la résistance et la précision.**

**Le sport permet de lutter contre l'atrophie musculaire et contre les problèmes articulaires, de ce fait l'enfant peut acquérir de nouveaux réflexes.**

**De plus, le sport est un véritable facteur d'intégration sociale pour le sujet handicapé.**

### **III) Les Objectifs :**

- **Facteur d'intégration sociale**
- **Acquérir une confiance en soi et vaincre les complexes liés au handicap.**
- **Socialisation avec les enfants valides**

**La pratique d'une activité sportive permet pour toute personne en situation de handicap :**

- **un développement musculaire nécessaire à un bon équilibre**
- **une augmentation sensible de sa capacité d'autonomie, de sa volonté et de son goût à l'effort.**

#### ***IV) MOYENS***

- **Communication avec les familles**
- **Adaptation de nos locaux pour une meilleure accessibilité (chambres au rdc, douches handicapés, chaise de douche...)**
- **Faciliter l'installation de l'enfant dans une chambre avec les autres jeunes.**
- **Adapter les activités aux capacités de l'enfant.**
- **Composition d'une équipe pluridisciplinaire (moniteurs de l'anas, assistante sanitaire, Moniteurs éducateurs, animateurs BAFA qualification handicap...) pour accompagner votre enfant dans les actes de la vie quotidienne.**



AVANT le 8 AVRIL 2011 (délai de rigueur)

**FICHE d'inscription et Autorisation Parentale**

Je soussigné (e),

M.....

Et/ou

Mme.....

En qualité de père, mère, tuteur de l'enfant ci-dessous :

**Nom de :**

L'enfant : .....

Prénom : .....

**SEXE :**

.....

**Né(e) le :**

.....

Inscrit mon enfant au séjour ANAS « multisports-handisports » du **Samedi 23 Avril au 30 Avril 2011** à Tréveneuc (22),

Autorise la direction du centre de vacances à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de maladie ou d'accident concernant mon enfant, et à suivre les instructions du médecin (Notamment de le transporter à l'hôpital),

Prend note du fait que si mon enfant tombait malade, il est entendu que les frais occasionnés seraient à ma charge (les ordonnances et les autres papiers médicaux me seront restitués à la fin du séjour). L'assistante sanitaire du centre vous contactera si votre enfant a un soucis de santé et assurera le suivi médical à cet effet.

MON numéro de sécurité Sociale :.....  
(Joindre une photocopie de la carte vitale)

Mon Assurance Responsabilité civile : .....

Nom de la compagnie : .....

N° de la police :

Fait à :

le :

**Signature :**

**AUTORISATION Parentale : « Droit à l'image »**

**J'autorise mon enfant a être photographié pendant le séjour pour apparaître éventuellement sur les différentes parutions de l'ANAS.**

**Je n'autorise pas mon enfant à être photographié pendant le séjour.**

**(ENTOUREZ VOTRE CHOIX)**

.....

**Autorisation de prise en charge par un tiers**

**(à remplir si ce n'est pas le représentant légal qui vient reprendre l'enfant)**

**Je soussigné(e),**

**M.....**

**Et/ou**

**Mme.....**

**Autorisons M, Mme, ou Melle**

.....

**à venir prendre notre enfant (nom et prénom) :**

.....

**à la fin du centre de vacances, le samedi 30 Avril 2011 avant midi à Tréveneuc.**

**DATE : .....**

**Signature :**

## FICHE AUTONOMIE

### **PUBLIC CONCERNE-NIVEAU AUTONOMIE**

**La constitution de groupes homogènes est un des facteurs essentiels au bon déroulement de chacun de nos séjours. Dans l'intérêt des enfants accueillis, nous avons tenté de définir le profil des enfants qui nous semble correspondre à chaque séjour en tenant compte de plusieurs critères :**

#### **LES CAPACITES MENTALES ET LES CAPACITES PHYSIQUES**

**Nous vous invitons à vous référer aux tableaux ci dessous afin de nous indiquer les capacités et difficultés de votre enfant :**

Pour chaque item, veuillez entourer votre choix : (par exemple)

AUTONOMIE : A, B, C ou D

PHYSIQUE : 1,2, ou 3

COMPORTEMENT : 1, 2,3 ou 4

LANGAGE : 1,2 ou 3



<b>AUTONOMIE</b>	<b>PHYSIQUE</b>	<b>COMPORTEMENT</b>	<b>LANGAGE</b>
<b>A</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Bonne autonomie</b>	<b>Pas de problème moteur</b>	<b>Comportement sociable</b>	<b>Possédant le langage</b>
(toilette, habillement, alimentation, continence, activités...) Sociable, dynamique, participe	Bon marcheur	Ne laisse pas apparaître de problèmes particulier	
<b>B</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Autonomie relative</b>	<b>Pas de problème moteur</b>	<b>Comportement ritualisé</b>	<b>Compréhension générale</b>
- Nécessite la présence d'un adulte référent pour accompagner l'enfant dans différents domaines (prise de médicaments, argent de poche, activités...) ou - A stimuler dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillement, alimentation)	- Se déplace sans difficultés et sans appareillage pour des petites promenades.	Instable dans son mode de relation, ne se mettant pas en danger, mais pouvant avoir des périodes de grandes angoisses et de retrait sur lui même ;	(orale, écrite, gestuelle)
<b>C</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Pas d'autonomie</b>	<b>Problèmes moteurs</b>	<b>Comportements instables et atypique.</b>	<b>Verbalisation inexistante</b>
<b>Accompagnement et encadrement constant d'un éducateur pour les actes de la vie courante. (toilette, habillement, alimentation, continence)</b>		<b>Période de grandes angoisses par crises. Risque d'automutilation et/ou d'agression.</b>	<b>L'enfant possède t'il des pictogrammes ou Synthèse vocale pour communiquer</b>
<b>D</b>	<b>4</b>		
<b>Prise en charge importante</b>	<b>Dépendant partiellement ou totalement d'une tierce personne</b>		
<b>Accompagnement rapproché et permanent avec un éducateur au quotidien</b>	<b>Enfant ne sortant pas ou peu de son fauteuil.</b>		

## GRILLE D'AUTONOMIE

1) **Transferts** : (entourez la bonne réponse)

- Ne fait pas
- Ne fait pas spontanément
- Ne fait pas totalement
- Ne fait pas habituellement

2) **Toilette** : (haut et bas) veuillez précisez par écrit les capacités ou difficultés de votre enfant dans cet apprentissage et indiquez si votre enfant a besoin d'un adulte référent pour l'accompagner dans cet acte.

.....  
.....  
.....  
.....

3) **Habillage** : (haut et bas) veuillez précisez par écrit les capacités ou difficultés de votre enfant dans cet apprentissage et indiquez si votre enfant a besoin d'un adulte référent pour l'accompagner dans cet acte.

.....  
.....  
.....  
.....

4) **Cuisine** : l'enfant a t'il des allergies alimentaires ? si oui précisez

**L'enfant a t'il une alimentation spécifique ? si oui précisez**

L'enfant mange t'il tous les aliments solides ? ou a t'il besoin d'une alimentation mixée ou bouillie ? Précisez

5) **Traitement** : L'enfant possède t'il un traitement pendant le séjour si oui précisez et joignez une photocopie de l'ordonnance

Les médicaments seront administrés par l'assistante sanitaire du centre. Si des actes infirmiers doivent être donnés veuillez nous en informer par avance par écrit ou par téléphone en joignant **Floriane au : 06 11 55 35 88** (assistante sanitaire du centre et monitrice éducatrice).

6) **classification du handicap de l'enfant** : (entourez la nature du handicap)

- sensoriel
- déficience mental
- troubles autistiques
- troubles autistiques

Si l'enfant possède un fauteuil manuel ou électrique veuillez précisez

Si l'enfant possède un lève personne, chaise (avec assise) , urinal veuillez précisez

7) **orientation** : l'enfant se repère t'il dans le temps ? oui ou non (réponse a entourer)  
L'enfant se repère t'il dans l'espace ? oui ou non (réponse a entourer)



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....

.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Accueil : Samedi 23 Avril 2011 à 14 heures**

**Fin de séjour : Samedi 30 Avril 2011 avant midi**

**TROUSSEAU :**

**1 maillot de bain  
1 kway  
1manteau  
1 paire de bottes  
1 paire de baskets  
1 paire de chaussures  
2 ou 3 pulls  
3 pantalons  
1survetement  
7 tee-shirts  
7 paires de chaussettes  
2 pyjamas  
1 serviette de bain  
1 serviette de toilette  
1 trousse de toilette  
1 serviette de table  
1 sac de linge salle**

**En fonction de vos souhaits :**

**Argent de poche : de 5 a 10 euros**

**Et pour finir...**

**Pour le bon déroulement du séjour, les visites des parents ne sont pas recommandées, ni les appels téléphoniques.**

**Vous serez informé par téléphone par l'assistante sanitaire si des soucis médicaux ou de type personnel sont rencontrés par vos enfants pendant le séjour.**