

## Informations du vacancier :

Nom :				Prénom :		
Date de naissance :				Lieu de naissance :		
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin				
Je vis :	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> En établissement	<input type="checkbox"/> En famille			
Je travaille en ESAT :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre entreprise			
Mon adresse (lieu de résidence habituelle) :						
Code postal :				Ville :		
Tel (du vacancier) :				Mail (du vacancier) :		
N° de sécurité sociale :				Caisse d'affiliation :		
<b>N° Licence FFSA :</b>				<b>Association sportive :</b>		
Etablissement fréquenté :						
Référent :				Fonction :		
Tel :				Mail :		
Déficience / handicap :	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Psychique	<input type="checkbox"/> Sensoriel			
	<input type="checkbox"/> Moteur	<input type="checkbox"/> Polyhandicap	<input type="checkbox"/> Pathologies associées			
Précisez :						
Je me déplace en fauteuil :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Si oui :	<input type="checkbox"/> électrique	<input type="checkbox"/> manuel	<input type="checkbox"/> de confort/sorties			
Si oui, je suis en mesure de me transférer dans :	<input type="checkbox"/> un minibus ordinaire	<input type="checkbox"/> Une voiture	<input type="checkbox"/> je ne suis pas en capacités de me transférer			
Je m'inscris en couple :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Si oui avec :						
Ma carte d'invalidité possède-t-elle la mention « besoin d'accompagnement » ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas de carte			
En séjour, j'ai besoin de soins infirmiers :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Etes-vous sous :	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Aucun des deux			
Si oui, Nom du tuteur/curateur :				Adresse :		
Code postal :				Ville :		
Tel :				Mail :		

## Personne en charge de l'inscription :

Personne en lien avec la ligue SAGE pour l'organisation administrative et logistique du séjour (dossiers de renseignements, informations sur le départ et le séjour etc.). **C'est elle qui recevra toutes les informations concernant le séjour.**

Nom :				Prénom :		
Qualité :				Adresse :		
Code postal :				Ville :		
Tel :				Mail :		

Contact durant le séjour en cas d'urgence (hospitalisation, rapatriement, problème médical majeur, etc.) si différent de la personne en charge de l'inscription :

Nom :		Prénom :	
Qualité :		Adresse :	
Code postal :		Ville :	
Tel :		Mail :	

Adresse de facturation – Payeur du séjour : (seule la facture sera envoyée à cette adresse)

Nom :		Prénom :	
Qualité :		Adresse :	
Code postal :		Ville :	
Tel :		Mail :	
J'accepte que les documents soient transmis par informatique :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non

## CHOIX DU SEJOUR

Intitulé du séjour :			
Date de séjour :	Du		au
Prix du séjour :			

## REGLEMENT SEJOUR

A : Montant Total du séjour :	€		
B : Montant acompte (=A x 0,30)	€		
Montant autofinancement :		€	
Paiement par :	<input type="checkbox"/> Virement Bancaire	<input type="checkbox"/> Chèque Bancaire	<input type="checkbox"/> Chèques ANCV
Montants :	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €
Prise en charge financière :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>Si prise en charge, joindre le justificatif à ce dossier</i>
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale	
Montant de la prise en charge :	€	Par quel organisme ?	
<b>CONTACT Organisme</b> Nom, Prénom :		Fonction :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Tel :		Mail :	

**Attention de bien indiquer s'il y a une prise en charge du département afin que la facture leur soit adressée directement !**

## ETAPE 1 : CONTACTEZ LA LIGUE SAGE POUR PRE-RESERVER LA PLACE SUR LE SEJOUR

Cette étape est très importante, elle permet de vérifier la disponibilité des séjours et de discuter de la cohérence du séjour choisi. **Une fiche d'inscription sans préinscription préalable ne pourra pas être traitée** .



Ligue Sport Adapté Grand Est  
1 bis rue Jean Charcot 51000 Châlons-en-Champagne

Contact : Elodie HARS – CTF

Par mail : [elodiehars.ffsa@gmail.com](mailto:elodiehars.ffsa@gmail.com)

Par Téléphone : 06 99 23 06 94



(Vous recevrez une confirmation par mail ou nous vous rappellerons).

## ETAPE 2 : ADRESSEZ-NOUS CETTE FICHE + LE MONTANT DE L'ACOMPTE sous 15 jours

Par courrier : Ligue Sport Adapté Grand Est – 1 bis rue Jean Charcot 51000 Châlons-en-Champagne

Ou par mail : [elodiehars.ffsa@gmail.com](mailto:elodiehars.ffsa@gmail.com)

Règlement par :

- Virement (en indiquant le nom du vacancier) : nous contacter pour recevoir l'IBAN
- Chèque : à l'ordre de Ligue SAGE
- Chèque ANCV : à l'ordre de Ligue SAGE

Remarque : Si vous rencontrez des difficultés de trésorerie, nous pouvons établir ensemble un échéancier.

**Le solde du séjour (correspondant à 70% du prix du séjour) est à régler au plus tard 2 mois avant le début du séjour.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, le vacancier ou son représentant légal, déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente des séjours Ligue SAGE et les accepte.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.

Signature :

\_\_\_\_\_