

CAMP FIESCH 2026

- LIEU :** Fiesch (Valais) - *Station sportive Fiesch, Village 1, 3984 Fiesch*
- DATES :** *du samedi 27 juin 2026 au jeudi 2 juillet 2026 (6 jours)*
- PARTICIPANTS :** 20 adolescent.e.s et jeunes adultes :
- 10 en situation de handicap physique, sensoriel ou en légère déficience intellectuelle (doit pouvoir être autonome), **âgé.es de 12 à 25 ans**
- 10 valides, **âgé.es de 12 à 22 ans**
- FINANCE :** **CHF 250.-** par participant.e membre HSG / **CHF 300.-** pour les non-membres (tout compris)
- ENCADREMENT :** ***Médical :*** 1 infirmier.ère
Animation sportive et culturelle :
Maître.sse.s d'éducation physique ou monit.eur.rice.s PluSport
- Direction du camp :***
Frédéric Chapuis, MEP
N° de téléphone +41 79 298 62 20
- ASSURANCE :** Tou.te.s doivent être au bénéfice de leur propre assurance (maladie et accident)
- ACTIVITES :** ***Pendant la journée :***
- sports divers et activités adaptées
- excursions
- piscine
Le soir :
- animation, jeux, concours, sketches, improvisations, etc.
- DEPLACEMENT :** Car adapté ou train et bus de Handisport Genève (HSG)
- ORGANISATION :** **HANDISPORT GENEVE**
Route du Grand Lancy 6
1227 Les Acacias
+41 77 508 38 94

Formulaire et informations personnelles (pages suivantes à détacher) à remplir et signer par le/la participant.e et/ou leur représentant.e légal.e.

Ce document sera consulté par le responsable de section, ainsi que par l'infirmier-ère et les monitrices/moniteurs de Handisport Genève qui participeront au camp, afin d'assurer un encadrement optimal.

➔ A retourner d'ici au 31 mars 2026 par courriel à secretariat@handisport-ge.ch

Participant-e

Prénom : Nom : Sexe : M - F
Adresse : NPA : Localité :
Email :
N° de téléphone : Date de naissance:.....

Personne(s) de contact en cas d'urgence mère père autre :

Prénom : Nom :
Email :
N° de téléphone :

Autre personne :

Prénom : Nom :
N° de téléphone : mère père autre :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Caisse maladie / assurance accident :
Médecin : N° de téléphone :
Dernier vaccin contre le tétanos, date :

Genre de handicap

- Sans handicap
- Handicap physique : lequel ?
 en fauteuil manuel en fauteuil électrique
- Handicap sensoriel : lequel ?
- Handicap mental : lequel ?
- Autre handicap : lequel ?

Maladies / Troubles

- Épilepsie : dernière crise ?
- Diabète : quel type (I ou II) ?
- Allergie : laquelle ?
- Asthme : genre ?
- Autre maladie: laquelle ?

Autres informations utiles ?

Médicaments (produits à base de plantes et contraception hormonale inclus)

Médication régulière

pas de médicaments

Absorption / application autonome

sous le contrôle du moniteur

Nom du médicament :

Dose :

Heure d'absorption :

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

Questions d'ordre général

Fumez-vous ?

oui

non

Savez-vous nager sans avoir pied ?

oui

non

Etes-vous autorisé(e) à plonger ?

oui

non

Heure du coucher habituelle :

Quelles activités vous sont interdites ?

Dans quelles situations avez-vous besoin d'aide ? Merci de préciser :

Besoin d'aide :	aucune	partielle	totale	Remarques :
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habiller / Déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC / Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuit / Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide particulière (médicale) / précaution à prendre ?

Alimentation / régime particulier : non oui → précisez :

Remarques générales / précisions :

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

J'autorise la diffusion des photos de mon enfant prises lors du camp : oui non

Ce formulaire d'informations personnelles a été rempli conformément à la vérité.

Lieu et date :

Signature du/de la participant.e :

Signature du/de la représentant.e légal.e :