



1^{er} stage d'initiation et perfectionnement ski alpin et nordique

Du jeudi 12 (soir) au dimanche 15 janvier 2012

La Chapelle d'Abondance (Haute Savoie)



Organisé par Trans-Forme

DOSSIER D'INSCRIPTION

*Ouverts à tous les adhérents Trans-Forme transplantés ou dialysés, accompagnateurs, sympathisants, **débutants ou confirmés** !*

*Dans un cadre naturel et idyllique des Portes du Soleil,
La Chapelle d'Abondance vous ouvre toute la générosité de sa vallée !*

INFORMATIONS GENERALES

I/ ACTIVITES PROPOSEES

Chaque jour, 3 activités d'initiation ou perfectionnement sont proposées aux participants (débutants ou confirmés) du vendredi 13 janvier matin au dimanche 15 janvier midi 2012 :

- Ski alpin (slalom, slalom géant)
- Ski de fond
- Biathlon



Les cours de ski alpin et nordique sont assurés par des moniteurs de l'École de Ski Française.

II/ LIEU D'HEBERGEMENT

Les Centre de Vacances « Les Hirondelles », au coeur du Val d'Abondance, vous accueille !

Chalet confortable et traditionnel, tout en bois, orienté plein sud, à proximité du domaine skiable et du centre du village.

- Ambiance chaleureuse et conviviale
- 1 piscine couverte et chauffée
- Salle de jeux avec télévision, tennis de table, babyfoot et chaine hi-fi
- Chambres de 5 à 6 lits équipées de lits superposés avec sanitaires
- Linge de lit fourni
- Linge de bain non fourni

Pour plus d'informations : www.leshirondelles.net



III/ FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais d'inscription sont de **215 € par personne adulte** (à régler par chèque à l'ordre de Trans-Forme et à nous retourner avec le bulletin d'inscription **avant le vendredi 16 décembre 2011**). Trans-Forme accepte les règlements par chèques-vacances.

La participation des jeunes est prise en charge par Trans-Forme. Les compétiteurs mineurs non accompagnés seront placés sous la responsabilité d'une personne dûment mandatée par TRANS-FORME.

Ce forfait comprend :

- L'Assurance « Accident Corporel » /Assistance rapatriement
- les petits déjeuners du vendredi 13 au dimanche 15 janvier inclus, au Centre de Vacances « Les Hirondelles »
- les diners du jeudi 12 au samedi 14 janvier inclus, au Centre de Vacances « Les Hirondelles »
- le déjeuner du dimanche 15 janvier, à l'hôtel restaurant « Les Cornettes »
- l'hébergement du jeudi 12 au samedi 14 janvier inclus, au Centre de Vacances « Les Hirondelles »
- les cours de ski alpin et/nordique :
 - o vendredi 13 janvier matin et après-midi
 - o samedi 14 janvier matin et après-midi
 - o dimanche 15 janvier matin
- le forfait de remontées mécaniques du vendredi 13 au dimanche 15 janvier
- La mise à disposition de carabines pour le biathlon

Ce forfait ne comprend pas :

- Le transport domicile / lieu de séjour aller-retour
- Les déjeuners libres du vendredi 13 et samedi 14 janvier (en station ou en altitude)
- L'adhésion 2012 à l'association Trans-Forme - **obligatoire**
- Le matériel de ski (skis, bâtons, chaussures)

Des consignes de diététique, spécifiques aux transplantés et aux dialysés pratiquant l'exercice physique sont données aux restaurateurs.

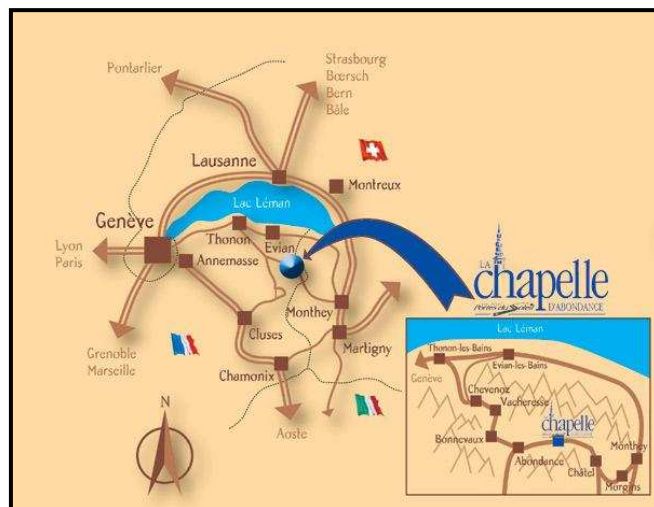
IV/ ACCUEIL

L'accueil se fera **jeudi 12 janvier à partir de 17h** au Centre de Vacances « Les Hirondelles » : **Le repas est prévu à 19h précises.**

Adresse : Les Hirondelles - 74360 La Chapelle d'Abondance
Tél : 04.50.73.51.28

Quelques notions de distances :

- Thonon-les-Bains : 33 Km ; Evian-les-Bains : 36 Km ; Genève : 80 Km ;
- Paris : 630 Km ; Tours : 620 Km ; Nantes : 820 Km ; Marseille : 495 Km ;
- Lille : 750 Km ; Macon : 210 Km ; Mulhouse : 250 Km ; Lyon : 245 Km ;
- Bourges : 453 Km ; Orléans : 590 Km ; Valence : 279 Km ; Rennes : 900 Km ;
- Dijon : 310 Km ; Besancon : 230 Km ; Colmar : 290 Km



a - Accès par la route - Voiture et covoiturage : ce moyen de transport est à privilégier !

En provenance de Paris (6h30 env.):

- Prendre la A6 et suivre : Mâcon / Nantua / Bellegarde / Annemasse (direction Genève) / Thonon / Abondance / La Chapelle d'Abondance
- Prendre la A6 et suivre : Dijon / Besançon / Pontarlier / Lausanne (direction Grand-Saint-Bernard) / Aigle / Sortie Portes du Soleil / Monthey / Morgins / La Chapelle d'Abondance
- Prendre la A39 et suivre : Dijon / Bourg-en-Bresse

Attention ! Prévoir des chaînes ou des pneus neige.

b - Accès par le train

Renseignements SNCF : +0033 36 35

Liaison principale recommandée depuis Paris : TGV Paris / Thonon-les-Bains (4h30) / Gare SNCF de Thonon-les-Bains à 33 km de La Chapelle d'Abondance.

Correspondance : Thonon / La Chapelle d'Abondance par cars S.A.T. Tél:+0033 (0)450 710 088

c - Accès par l'avion

Aéroport international de Genève-Cointrin situé à 65 km.

V/ REGLEMENT

Pour pouvoir participer au stage d'initiation et perfectionnement ski alpin et nordique organisé par TRANS-FORME, chaque participant doit :

- Soit être transplanté depuis au moins 6 mois et porteur d'un greffon fonctionnant normalement, soit être dialysé. Les greffés de moelle osseuse (à l'exclusion des autogreffes) peuvent participer.
- Satisfaire aux pré-requis médicaux Trans-Forme et fournir un dossier médical complet
- Certifier d'un entraînement physique régulier
- Etre adhérent à jour de sa cotisation. L'adhésion pour l'année 2012 est de 20€. Elle doit être réglée, le cas échéant, en sus du prix de participation et par chèque séparé (bulletin d'adhésion ci-joint).
- Avoir réglé les frais d'inscription.

VI/ CONDITIONS MEDICALES REQUISES

Pour les participants transplantés ou dialysés : pour être autorisé à participer, il faut satisfaire aux prérequis médicaux de Trans-Forme.

Attention ! Tout participant dont le dossier médical complet (M1 + M2 + attestation d'entraînement) qui n'aura pas été reçu au bureau de Trans-Forme, impérativement avant le vendredi 30 décembre 2011, ne sera pas autorisé à participer au stage.

Pour les autres participants : ils devront fournir un certificat médical de moins de 3 mois de non contre-indication à la pratique des sports de montagne.

ASSURANCE ANNULATION : Trans-Forme invite les participants individuellement à prendre une assurance annulation. Aucun remboursement ne sera effectué par Trans-Forme en cas d'annulation.

VII/ CONDITIONS D'ANNULATION

Trans-Forme remboursera le forfait d'inscription, selon les barèmes ci-dessous, pour raisons médicales seulement, et ce sur présentation d'un certificat médical confirmant la nature de la maladie :

Avant le vendredi 30 décembre 2011	100 % de remboursement
A compter du vendredi 30 décembre 2011	Pas de remboursement

Sauf raisons médicales, aucun remboursement ne sera effectué.

VIII/ MATERIEL

Il est vivement recommandé pour passer un agréable séjour de ne pas oublier de se munir d'une serviette de toilette (obligatoire), de lunettes de soleil, de crème solaire et de vêtements chauds adaptés au ski en montagne.

Pour les cours de ski alpin, le port du casque est obligatoire. Les compétiteurs peuvent apporter leur propre casque ou en louer directement sur place auprès des loueurs de matériel de ski (cf : ci-dessous).

Il est recommandé aux participants d'apporter leurs skis (alpin ou fond), bâtons et chaussures.

La location du matériel sera également possible sur place à la charge des participants.

Le loueur de matériel de ski « Skiset / François Trincaz Sports » offre aux participants -30% sur les prix de location :

Skiset / François Trincaz Sports : chef lieu - 74360 La Chapelle d'Abondance

Tél. : +00.33.(0)4.50.73.50.20

Web : www.trincazsports.com



Renseignements & Inscriptions

Auprès de Anaïs GARNIER

Trans-Forme - 66 boulevard Diderot – 75012 Paris

Tel : 01 43 46 75 46 – Fax : 01 43 43 94 50

anaïsgarnier@trans-forme.org

www.trans-forme.org

BULLETIN D'INSCRIPTION – PAR

A nous retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011

M. Mme. Melle

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Transplanté(e) de le

Dialysé(e) depuis le

Sympathisant(e).....

(merci d'indiquer : donneur – médecin – infirmière – kinésithérapeute – autre à préciser :))

TRANSPORT aller du jeudi 12 janvier 2012 :

J'arriverai au Centre de Vacances« Les Hirondelles » par mes propres moyens vers :h.....

REGIME(S) PARTICULIER(S) - Diabétique sans sel ou autres...:

.....

Nom et prénom de la personne à prévenir en cas d'accident :

Son n° de tel :

BULLETIN D'INSCRIPTION – ACC

A nous retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011

M. Mme. Melle

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Transplanté(e) de le

Dialysé(e) depuis le

Sympathisant(e).....

(merci d'indiquer : donneur – médecin – infirmière – kinésithérapeute – autre à préciser :))

TRANSPORT aller du jeudi 12 janvier 2012 :

J'arriverai au Centre de Vacances« Les Hirondelles » par mes propres moyens vers :h.....

REGIME(S) PARTICULIER(S) - Diabétique sans sel ou autres...:

.....

Nom et prénom de la personne à prévenir en cas d'accident :

Son n° de tel :

FICHE SIGNALÉTIQUE – SIG -

A retourner impérativement par les transplantés et les dialysés avant le vendredi 16 décembre 2011

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Nationalité :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Dialysé(e) depuis le

Transplanté(e) de le

Le cas échéant, date de transplantation antérieure

Votre centre de transplantation ou de dialyse :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Votre médecin : Son téléphone :

Traitement habituel :

Allergies ou médicaments interdits :

En cas d'urgence, prévenir :

NOM : Prénom :

Téléphone :

Médecin : Tél :

BULLETIN D'INSCRIPTION COURS DE SKI ALPIN ET NORDIQUE - COU

A nous retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Transplanté(e)* de :

Dialysé(e)*

Autre*

* Entourez et complétez le cas échéant

COURS	Inscription Vendredi (Faire une X)	Inscription Samedi (Faire une X)	Inscription Dimanche (Faire une X)	Indication du niveau D = Débutant ; M = Moyen C = Confirmé ; P = Professionnel
SKI DE FOND				
Matin				
Après midi				
SKI ALPIN				
Matin				
Après midi				
BIATHLON **				
Matin				
Après midi				

** Indiquez si vous êtes droitier ou gaucher :

Attention : Pour les cours de ski alpin, le port du casque est obligatoire. Les participants doivent impérativement disposer de leur propre casque (possibilité d'en louer sur place – cf : p5)

.....

ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT
--

A retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011

Attention : à remplir par tous les participants transplantés ou dialysés

Je, soussigné(e), _____ certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement :
_____ fois par semaine pendant au moins _____ minutes.

Trans-Forme recommande un minimum de 3 fois par semaine pendant au moins 20 minutes.

• **Je pratique en loisirs :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -

• **Je pratique en compétition :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 –
Niveau de compétition :
- 2 –
Niveau de compétition :
- 3 –
Niveau de compétition :
- 4 –
Niveau de compétition :

• **Mon traitement actuel**

	Nom du médicament	Fréquence/ 24 heures	Doses
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Fait à _____ le _____

Nom, Prénom et Signature _____

**CERTIFICAT – TYPE M1 DU MEDECIN QUI VOUS SUIT
EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

A retourner impérativement avant le vendredi 30 décembre 2011

Attention : valable pour tous les compétiteurs transplantés ou dialysés

Le présent certificat médical est important pour l'organisateur pour appréhender la forme physique des participants au stage. Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer aux cours de ski alpin et/ou nordique de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. _____

certifie que l'état de santé de M. - Mme – Mlle _____

né(e) le _____

❖ Dialysé(e) (1) depuis le _____

❖ Transplanté(e) (1) de _____ le _____

- Pour les transplantés de cœur, indiquez la date de la dernière coronarographie ou échographie de stress :

- Pour les transplantés de poumon, indiquez la date de la dernière EFR :

- Taux d'hématocrite _____ %

- Taux d'hémoglobine _____ g%ml

- Taux de créatinine _____ $\mu\text{mol/l}$

- Le traitement en cours :

- Immuno-Suppresseur : _____

- Anti-Hypertenseur : _____

* ne présente pas de contre indication apparente à la pratique des activités physiques en montagne en hiver y compris en compétition. (1)

* présente actuellement une contre-indication. (1)

Fait à _____ le _____

Signature et cachet _____

(1) Rayer la mention inutile

Contact Médical Trans-Forme (uniquement à l'usage des médecins) : 01 43 46 75 46

CERTIFICAT – TYPE M2 DU CARDIOLOGUE OU MEDECIN DU SPORT, OU DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE

A retourner impérativement avant le vendredi 30 décembre 2011

Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort

Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. _____

1. déclare avoir pris connaissance de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort

effectués pour M. - Mme - Mlle _____

datant de (2) : _____

Concernant les résultats de l'épreuve d'effort, doivent **impérativement** être indiqués:

- le traitement en cours :
- la date de l'Epreuve d'Effort :
- la Puissance Maximale tolérée et la durée :
- le % de Fréquence Maximale Théorique :
- la cause de l'arrêt de l'effort :
- le résultat du tracé ECG d'effort (1) : sans anomalie - avec anomalie
- la tension artérielle au repos et maximale :

2. déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1) _____

Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- de l'ECG de repos (à joindre si possible) : _____
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : _____ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : _____ mmHg
- tension artérielle 1 minute récu : _____ mmHg
- du taux d'hémoglobine : _____ g/ml
- du taux d'hématocrite : _____ %
- pour le transplanté, du taux de créatinine : _____ μmol/l

3. et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) :

- en loisir – en compétition (1)
- en loisir – en compétition (1)
- en loisir – en compétition (1)
- en loisir – en compétition (1)
- en loisir – en compétition (1)

4. et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

(1) rayer la mention inutile / (2) Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

Contact Médical Trans-Forme (uniquement à l'usage des médecins) : 01 43 46 75 46

FICHE DE LIAISON DIALYSE / DIAL

Il est fortement recommandé aux dialysés de se faire dialyser dans leur unité de dialyse habituelle, le plus tard possible avant de se rendre au stage, et de prévoir de se faire dialyser le plus tôt possible après le stage: Idéalement, les dialysés pourraient éviter d'avoir à se faire dialyser sur place à Thonon-les bains.

**A faire compléter par votre médecin de dialyse
et à retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011
Joindre la photocopie de votre carte de sécurité sociale**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Tél. portable : Email :

Votre centre de dialyse :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Votre médecin :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Néphropathie initiale :

Pathologie associée :

Groupe sanguin :

INSCRIPTION SUR LISTE DE TRANSPLANTATION RENALE : OUI NON

SI TRANSFUSIONS : C.G. G.G.D.P. Sang Lavé Phénotypé

TRAITEMENT MEDICAL

ANTECEDENTS MEDICAUX (Joindre résumé d'observation récent ou compte-rendu de la dernière consultation) / IMPERATIF

.....

.....

Contact Médical Trans-Forme (uniquement à l'usage des médecins) : 01 43 46 75 46

FICHE DE LIAISON DIALYSE / DIAL (suite)

HEMODIALYSE

Date de la 1^{ère} hémodialyse :

Mode traitement Habituel CENTRE AUTODIALYSE DIALYSES A DOMICILE

Nombre de séances : fois heures par semaine

Jours habituels de dialyse :

Générateur :

Dialyseur : Obligatoire ? OUI NON

 Stérilisation..... Membrane..... Surface.....

Liquide de dialyse (mmol/l) : NaK.....Ca..... Acétate Bicarbonate Glucose

Connexion : Shunt Fistule Biponction Uniponction

Aiguilles : Artère n° Veine n°

Débit sang : P.V. :

Héparinisation Dose de charge :

Pendant la dialyse :

Héparinisation : Choay Roche HBPM

Médicaments en cours de dialyse :

EPO : OUI NON Type : Doses :

Kaliémie avant dialyse : Kaliémie après dialyse :

Hémoglobine : Hématocrite : Ferritine :

Poids théorique :..... Prise de poids habituelle :.....

Tension artérielle : Avant : Après :

SEROLOGIES VIRALES (Résultats / Dates)

Antigène H.B.S. : Anticorps H.B.S. :

Anticorps H.B.C.: Anticorps H.C.V.:

Sérologie HIV :

Hépatite C : Taux habituel d'hémoglobine :

Hématocrite :

Quel sera votre dernier jour de dialyse dans votre centre avant d'arriver à la Chapelle d'Abondance ?

Allergies supposées : reconnues :

DIALYSE PERITONEALE

Nombre de poches par jour : Volume de chaque poche :

Nature des poches : Iso Hyper

Type de matériel précisément :

Taux habituel Hémoglobine : Hématocrite :

Urée : Créatinine :

Pourrez-vous vous faire livrer à la Chapelle d'Abondance par votre association ? OUI NON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN – (suite)

**A compléter par les parents
et à retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011**

4 / INFORMATIONS MEDICALES – mineurs transplanté uniquement

Organe transplanté : Maladie initiale :

Date de transplantation : Nombre de rejets :

Dates des derniers contrôles : Date du dernier rejet :

Consultation : Biologie : Biopsie :

..... Radio (coronarographie) :

Autres :

Traitement actuel :

Recommandations particulières du médecin :
.....
.....

5 / RESPONSABLE DE L'ENFANT (Parents ou tuteur légal)

NOM : Prénom :

Adresse habituelle du responsable :
.....
.....

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Tél. portable : Email :

Adresse des parents ou du responsable légal pendant les Jeux (si différente de l'adresse habituelle) :
.....
.....

Téléphone des parents ou du responsable légal pendant les Jeux (si différent du N° habituel) :
.....

N° DE SECURITE SOCIALE :
.....

Joindre une photocopie de la carte de sécurité sociale en cours de validité.

.....

AUTORISATION PARENTALE – AP –

A retourner impérativement avant le vendredi 16 décembre 2011

Je soussigné(e), responsable de l'enfant _____,

- déclare exacts les renseignements portés dans le dossier d'inscription,
- autorise mon fils/ma fille à participer au stage d'initiation et perfectionnement ski alpin et nordique organisé par Trans-Forme - La Chapelle d'Abondance (Haute Savoie) qui se déroulera du jeudi 12 (soir) au dimanche 15 janvier 2012,
- accepte pour celui-ci/celle-ci les règles de vie nécessaires à la bonne marche du séjour, et autorise le responsable du séjour, à prendre, le cas échéant, toute décision s'avérant nécessaire,
- autorise également les médecins du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom et qualité du responsable :

Père Mère Tuteur

Date :

Signature :