



DATES du SÉJOUR : du au

Prénom

NOM

Né(e) le Âge

Adresse

Code postal Ville

Tél. domicile Tél. travail

Portable mère portable père

Email

ATTESTATION

Je soussigné(e), Madame-Monsieur.....

> Autorise le stagiaire précité à participer aux activités du CNCM.

> Autorise les responsables du CNCM, en cas d'urgence, à conduire le stagiaire dans un établissement hospitalier où toute intervention médicale ou chirurgicale pourra être pratiquée en cas de nécessité et à en assurer le règlement.

> Autorise les responsables du CNCM à utiliser librement les photographies prises lors du stage, pour la promotion des activités du centre.

> Atteste avoir pris connaissance des conditions générales et des arrêtés du 9/02/98 et du 4/05/95 relatifs aux garanties de technique et de sécurité des centres pour la voile, le kayak et le surf (fournis sur demande), et avoir été informé(e) des capacités requises pour la pratique de l'activité.

OPTIONS

Surf Bouée tractée Kayak-Paddle

Prise en charge à **Brest /Posto** : aller retour

prise en charge **Paris/Posto** : aller retour

Assurance annulation 20 € oui non

CONDITIONS Générales

> Cette fiche d'inscription, le certificat d'aisance aquatique, le certificat médical (datant de moins de 3 mois), la fiche sanitaire de liaison et le solde doivent être remis obligatoirement avant le début du stage.

> En cas d'annulation de votre part ou d'exclusion pour motif grave, le montant versé ne sera pas remboursé.

> Si vous souscrivez à l'assurance annulation, le CNCM rembourse les arrhes ou les jours non effectués en cas de force majeure (Décès dans la famille, accident, maladie).

> En cas d'annulation de la part du CNCM, les montants versés seront intégralement remboursés, sans pour autant donner droit à un versement d'indemnités (notamment en cas d'insuffisance de participants).

> Le CNCM décline toute responsabilité en cas de bris, perte ou vol de matériel personnel (bijoux, montre, lunettes, lentilles, appareil photo, jeux électroniques, téléphone portable...).

> Le CNCM pourra utiliser les photos ou images prises pendant les stages pour sa propre promotion.

LE DOSSIER À FOURNIR

> Pour confirmer votre inscription : Fiche d'inscription remplie avec photo et signée

> Un mois avant le stage : Solde stage + options, fiche sanitaire de liaison, certificat médical d'aptitude aux sports nautiques et aux activités du Centre de Vacances, certificat d'aisance aquatique, la fiche navette (si besoin).

Date et signature :

Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, dite
« Informatique et Liberté », vous disposez d'un droit d'accès ou de rectification des
informations qui vous concernent.

Postofort - Centre Nautique de Crozon-Morgat
Port de Plaisance - 29 160 Crozon
tel 02. 98.27.11.50 portable : 06.77.87.47.33
postofort@cncm.fr

FICHE SANITAIRE de LIAISON - Postofort

NOM DU MINEUR : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

PRENOM : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

DATE DE NAISSANCE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / SEXE : M F

DATES DU SEJOUR :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1- VACCINATIONS Si possible, fournir la photocopie des pages de vaccins du carnet de santé (D.T.P, coqueluche)

Vaccin	Appelé aussi	Date du dernier rappel	Vaccin	Date
Diptérie	D.T.P, Revaxis ou repevax		Coqueluche	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole (R.O.R)	
Poliomyélite			Hépatite B	
BCG			Covid 1 ^{ère} dose	
Pneumocoque	Prevenar		Covid 2 ^{ème} dose	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Nécessaire pour préparer sa combinaison de voile	Poids :	Taille :
--	----------------	-----------------

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

REGIME ALIMENTAIRE : oui non

Spécifiez si l'enfant suit un régime alimentaire (ex : végétarien, sans porc, sans gluten, etc.) :

.....
.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

oui non

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

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM **PRENOM**

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

N° de sécurité sociale : . / . . / . . / . . / . . . / . . . / . .

Centre payeur d'assurance maladie :

.....

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur et à en régler les frais.

Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur certifie que l'enfant :

Nom prénom..... né le

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des sports nautiques,
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités du centre de vacances,
- Est apte à la vie en collectivité,

Nombre de cases cochées:

Date :

Cachet et signature :

Attestation d'aisance aquatique

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)

Titulaire du diplôme : n° délivré le

Certifie que l'enfant nom : Prénom :

Né(e) le

a satisfait aux test préalable à la pratique des activités nautiques en Centres de Vacances et de loisirs, (arrêté du 25/04/2012 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'encadrement de certaines activités physiques en ACM)

- Effectuer un saut dans l'eau
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- Nager sur le ventre sur 20 mètres
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Test réalisé avec brassière sans brassière (barrer la mention inutile)

Fait le à

Signature :