
Modalités d'inscription – Dossier 2026

Ce dossier est un **PDF modifiable**. Vous avez deux options pour nous le transmettre :

1. Version Numérique (Recommandé)

- **Remplissez** le fichier directement sur votre ordinateur, tablette ou smartphone.
- **Enregistrez** le document une fois complété.
- **Envoyez-le** par e-mail en pièce jointe.

2. Version Papier

- **Imprimez** et remplissez le dossier manuellement.
- **Scannez ou photographiez** les pages (veillez à ce que le texte soit bien lisible).
- **Envoyez-le** par e-mail.

Calendrier et Échéances

Pour valider votre participation, merci de respecter les délais suivants :

- **Sous 7 jours** : Envoyez la fiche d'inscription (**page 1**) accompagnée du règlement de l'acompte de **250 €**.
- **Au plus tard 2 mois avant le séjour** : L'intégralité du dossier doit nous être parvenue.

 **Bon à savoir** : Le **test de natation** est valable à vie. Si vous possédez déjà un certificat (même ancien), il est tout à fait recevable !

INSCRIPTION SÉJOUR JEUNES été 2026

DATES du SÉJOUR : du (jj/m/2026) _____ au (jj/m/2026) _____

Prénom :	NOM :
Né(e) :	Age :
Adresse :	
CP :	Ville :
Tel :	Email :
J'autorise le CNCM à m'envoyer par mail des informations/promotions :	

Avez-vous choisi une option en plus du séjour de base ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, cochez l'option retenue ci-dessous :

☐ Surf (+ 199.50€)
 ☐ Kayak/Paddle (+199.50€)
 ☐ Bouée tractée (+27€)

Prise en charge de Brest à Postofort A/R ☐

Prise en charge de Paris à Postofort A/R ☐

➤ **LICENCE PASSEPORT VOILE FFVOILE (OBLIGATOIRE) 2026 s'ajoute au prix du séjour : 14.50€**

La pratique des activités nautiques au sein d'un centre agréé FFVoile nécessite obligatoirement l'acquisition de la **Licence FFVoile (Passport Voile)**. Elle garantit au jeune son **Assurance en Responsabilité Civile et Individuelle Accident** pendant les activités et la vie du centre, conformément aux articles L321-1 et suivants du Code du Sport.

☐ **Je suis déjà titulaire d'une licence FFvoile 2026 voici mon numéro de licence :** _____

ATTESTATION et AUTORISATION (OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant inscrit :

- **Activités :** Autorise l'enfant à participer aux activités nautiques et terrestres organisées par le CNCM.
- **Soins & Urgences :** Autorise le directeur du séjour ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgence (médicales ou chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, selon les prescriptions du corps médical. Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par le centre nautique sur présentation des justificatifs (si non couverts par la fiche sanitaire de liaison).
- **Aisance Aquatique (Obligatoire) :** Atteste que mon enfant possède le certificat d'aisance aquatique (test préalable à la pratique des activités nautiques), conformément à l'article A. 322-64 du Code du Sport.
- **Règlement & Conditions :** Atteste avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente (site internet du CNCM), ainsi que des conditions d'assurances liées à la licence FFVoile (CF Passport Voile).
- **Transport :** J'autorise les responsables du CNCM et l'équipe d'encadrement à transporter mon enfant dans le cadre des activités du séjour ou pour des motifs sanitaires. Ces transports pourront être effectués :
 - Dans les véhicules du centre nautique (minibus et autocar) - Exceptionnellement, dans le véhicule personnel d'un encadrant (en cas d'urgence médicale ou logistique impérieuse), sous couvert d'une assurance mission valide.

DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités du CNCM, des photos ou vidéos peuvent être prises pour illustrer la vie du centre.

Conformément au RGPD, votre consentement est libre et révoable.

J'autorise le CNCM à utiliser l'image de mon enfant (sans contrepartie financière) pour la promotion des activités du centre sur les supports suivants :

- Site internet, brochures papiers et affichage au club : ☐ OUI / ☐ NON
 (Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans).

LE DOSSIER À FOURNIR (par mail ou courrier)

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

> **2 mois avant le séjour :** fiche sanitaire de liaison, certificat médical d'aptitude aux sports nautiques et aux activités du Centre de Vacances (datant de moins de 3 mois), certificat d'aisance aquatique.

Date et signature :

FICHE SANITAIRE de LIAISON - Postofort

NOM DU MINEUR : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **SEXE :** **F** **M**

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
Diphtérie	D.T.P, Revaxis ou repevax		Coqueluche	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole (R.O.R)	
Poliomyélite			Hépatite B	
BCG				
Pneumocoque	Prevenar			

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

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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

AUTRES (animaux, plantes, pollen)

MEDICAMENTEUSES

PRECISEZ : _____

Cochez-la ou les cases concernées, dès qu'une case est cochée, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

3- 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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5- 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 :