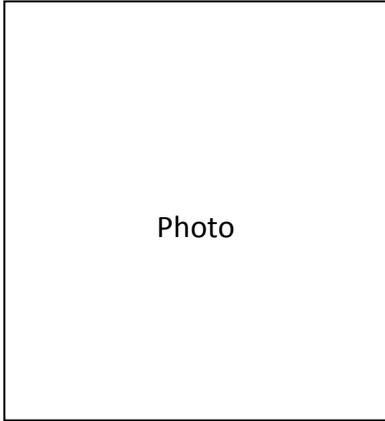


**CAPA VOILE**  
 CLUB DE VOILE DE PONT-AUDEMER



**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (1) \_\_\_\_\_ autorise mon fils, ma fille

(2) \_\_\_\_\_ , né(e) le ...../...../.....

à participer aux activités voile, stand up paddle et kayak proposées par le Capa Voile

Date :

Signature :

**RESPONSABLES LEGAUX**

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

TEL..... MAIL.....

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

TEL..... MAIL.....

**INFORMATIONS IMPORTANTES (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)**

J'entoure la formule choisie :

Catégorie	Prix de la cotisation (payable en plusieurs fois)	Détails
<b>Adulte</b>	190 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le samedi après-midi pendant l'animation des moniteurs du club, le mercredi après-midi si les moniteurs sont disponibles et le vendredi après-midi aux mêmes conditions de présence d'un moniteur.</li> <li>- Un t-shirt au logo du club est fourni.</li> </ul>
<b>Jeune</b>	180 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de 8 ans sous condition d'attestation de natation.</li> <li>- Le samedi après-midi pendant l'animation d'un moniteur du club.</li> <li>- Un t-shirt au logo du club est fourni.</li> </ul>
<b>Jeune accompagné</b>	40 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de 6 ans sous condition d'attestation de natation.</li> <li>- Le samedi après-midi pendant l'animation du moniteur du club, et accompagné en permanence par un membre du club adulte de la même famille.</li> </ul>
<b>Membre actif</b>	130 €	Pour les membres, majeurs ou mineurs, qui apportent une aide significative et régulière bénéficiant au fonctionnement et au développement du club.
<b>Les Amis du Capa Voile</b>	90 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de 11 ans.</li> <li>- Le samedi après-midi pendant l'animation d'un moniteur du club.</li> <li>- La quasi-totalité du paiement de la cotisation de base sert à payer la licence FFV et donc l'assurance incluse. Vous pouvez naviguer 4 fois sans frais supplémentaire, puis vous donnerez un chèque de 10 euros à partir de la 5ème fois, et à chaque fois que vous nous rendez visite.</li> </ul>
<b>Formule familiale</b>	190 € + 160 € + 130 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 adulte obligatoirement et les enfants à partir de 9 ans.</li> <li>- Pour les membres d'une même famille, le premier membre majeur paiera une cotisation de 190 €, puis le deuxième membre paiera 160 €, et les suivants paieront une cotisation de 130 € correspondant à la licence FFV.</li> </ul>
<b>Parent encadrant autonome</b>	190€ + 40€	Le parent, autonome en navigation, et l'enfant, à partir de 8 ans, obligatoirement dans le même support.
<b>Moniteur</b>	100 €	Pour les moniteurs actifs détenteurs du diplôme FFV.

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (1) ..... autorise, n'autorise pas (2) l'association à faire pratiquer une intervention chirurgicale sur mon fils, ma fille (2)(3) .....

Date : ..... Signature :

## TEST D'AISANCE AQUATIQUE

Je soussigné (1) ..... accepte, et autorise mon fils, ma fille (2) (3) ..... à effectuer le test d'aisance aquatique sous le contrôle de monsieur Plessy selon les termes de l'arrêté du 20 juin 2003 annexe 1 du Ministère de la Jeunesse et des Sports (voir les conditions ci-dessous)

Date : ..... signature :

Le tableau ci-dessous est à remplir par le moniteur

· Le départ se fait à partir d'un support flottant par une chute arrière volontaire	Acquis	Non acquis
· Capacité du pratiquant à se déplacer dans l'eau sans présenter de signe de panique sur un parcours de 20 mètres		
· Capacité du pratiquant à se déplacer sous une ligne d'eau, posée et non tendue.		
· Le parcours peut être effectué avec ou sans brassière de sécurité		

## AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise, je n'autorise (2) pas un membre adulte du Capa Voile à transporter mon enfant..... dans son véhicule dans le cadre de compétitions auxquelles le club participerait.

Date : ..... signature :

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise, je n'autorise (2) pas le CAPA VOILE à utiliser les images fixes ou audiovisuelles, les reportages écrits, photographiques, sonores ou audiovisuels sur lesquelles mon enfant ou moi-même pourrions apparaître, réalisées à l'occasion du stage de voile. Je comprends que l'image de mon enfant ou de moi-même pourrait être utilisée pour promotion des activités du Capa Voile.

Date :

signature :

**ACTIVITE PRINCIPALE** (cochez la case de votre support préféré)

<input type="checkbox"/> planche à voile	
<input type="checkbox"/> dériveur	
<input type="checkbox"/> habitable	

## PRÊT DES ÉQUIPEMENTS DE SÉCURITÉ

Le club prête les équipements de sécurité (combinaison néoprène, gilet, casque) de façon nominative, contre une caution de 100€ (non-encaissée). Un « état des lieux » est réalisé lors de la première séance, et en fonction de l'état dans lequel les équipements sont rendus en fin d'année, les dégradations seront facturées selon les critères suivants :

GILET : bon état/mauvais état (35€)

CASQUE : bon état/mauvais état (25€)

COMBINAISON LONGUE : petit accroc 20€/accroc moyen 40€/gros accroc 60€

IL EST VIVEMENT CONSEILLÉ DE PORTER UN SHORT AU DESSUS DE LA COMBINAISON AFIN DE LA PROTÉGER.

### **IMPORTANT**

Le pratiquant doit apporter les équipements suivants : gants de voile, chaussures fermées ne craignant pas l'eau (nous conseillons des bottillons de voile en néoprène épaisseur 5mm) et coupe-vent.

# PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR

		Réservé Administration
• une fiche sanitaire de liaison		
• le règlement en chèque(s) à l'ordre du CAPA section voile		
• certificat médical de non contre indication à la pratique de la voile (sauf si fourni il y a moins de 3 ans)		

## Le règlement intérieur

- Fournir les pièces administratives avant le 30 octobre
- Obligation du port du gilet d'aide à la flottabilité
- Obligation du port de chaussures fermant sur le dessus
- Casque obligatoire pour les mineurs
- Casque obligatoire pour les adultes à partir de force 4 beaufort
- Passage du niveau 3 FFV pour pouvoir naviguer en autonomie sous la surveillance du CNT
- Dès que l'eau descend à 18° et l'air à 12° obligation d'avoir une combinaison néoprène pour naviguer sur les dériveurs et PAV
- Obligation du port d'une combinaison néoprène pour le poste de numéro 1 sur les Edel 2 par temps froid
- Signaler toute avarie survenue sur les bateaux (remplir le formulaire à l'écrit)
- Les bateaux doivent être correctement rangés, vidés et les caissons étanches doivent aussi être vidangés (voir règlement spécifique EDEL 2).
- La grand-voile des dériveurs doit être correctement roulée sur la bôme et rangée dans son tube.
- Fermeture de l'activité voile dériveur léger de janvier à début avril (fermeture et ouverture de la session décidées par le comité directeur sur recommandation du ou des cadres)
- Tout manquement à la sécurité peut entraîner une exclusion temporaire ou définitive du club après consultation du bureau directeur
- Tout manquement à la bienséance ou à la morale peut entraîner une exclusion temporaire ou définitive du club après consultation du bureau directeur
- Les adultes ne peuvent pas se changer dans les mêmes vestiaires que les mineurs.

Ce règlement intérieur est à signer et à dater précédé de la mention manuscrite **lu et approuvé** par l'enfant et le parent

**MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU DT Polio</b>				Autres (préciser)	
<b>OU Tétracoq</b>				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un traitement médical ?  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 pris sans ordonnance.**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- ASTHME  Oui  Non
- ALIMENTAIRES  Oui  Non
- MEDICAMENTEUSES  Oui  Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

.....

.....

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

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

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

.....

.....

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE** ..... **TEL TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE** .....

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° SECURITE SOCIALE** (dont dépend l'enfant) : ..... **(OBLIGATOIRE)**

J déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL**

**ETAT DES EQUIPEMENTS DE SECURITE (à remplir par un encadrant)**

**NOM PRENOM :** .....

	<b>ETAT AU PRÊT DATE :</b>	<b>ETAT AU RENDU DATE :</b>	<b>FACTURATION LE CAS ECHEANT</b>
<b>COMBINAISON N° Type :</b>			
<b>GILET N° Type :</b>			
<b>CASQUE N°</b>			

**SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :**