INSTITUT NATIONAL DU NAUTISME

Région îledeFrance

LIGUE FF Voile Île-de-France

Stage de printemps

Institut National du Nautisme



4 – 10 AVRIL 2027

7-17 ANS - NIVEAU 3 - 420€ - 50 PLACES

AGENCE NATIONALE DU SPORT

BANQUE POPULAIRE VAL DE FRANCE

Ligue Île-de-France
60 rue Castagnary 75015 PARIS
Tél. : 01 48 42 48 38
Courriel : communication@idfvoile.com
Site : http://www.idfvoile.com/

STAGE PRINTEMPS 2027

Fiche d'inscription au stage

Série Optimist, Open SKIFF, ILCA, 420, RS Feva

Du dimanche 4 avril ***(Accueil de 15h à 17h)***
Au samedi 10 avril ***(Départ impératif avant 10H)***

A L'Institut National du Nautisme (Saint-Pierre Quiberon)

Nom : ..... **Prénom :** .....
Adresse : .....
CP : ..... **Ville :** .....
Téléphone Dom : .....
N° licence : ..... **Club :** .....
Date de naissance : .....
Adresse courriel : ..... **@** .....

Pour les doubles Nom de l'équipier : .....

Merci de bien vouloir cocher la case correspondante :

Optimist ☐ Open SKIFF ☐ 420 ☐ RS Feva ☐ ILCA ☐

⚠OPTION : Nuitée du vendredi 9 au samedi 10 : OUI ☐ NON ☐

Ci-joint le règlement total ……, à envoyer par virement **avant le 1er mars 2027** à :

LIGUE ILE DE FRANCE DE VOILE
60, rue Castagnary
75015 PARIS
Ou
communication@idfvoile.com

- ***La participation par coureur est de 420 €***

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Demeurant : _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise la Ligue Île-de-France de Voile dont le siège est situé au 60 rue Castagnary 75015 Paris et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors de l'événement « stage printemps 2027 » qui aura lieu du 4 avril au 10 avril à l'I2N.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est liée par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à _____, le _____ en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention *« Lu et approuvé »*

Ligue Île-de-France
60 rue Castagnary 75015 PARIS
Tél. : 01 48 42 48 38
Courriel : communication@idfvoile.com
Site : http://www.idfvoile.com/

AUTORISATION PARENTALE
TRANSPORT STAGE PRINTEMPS

Votre enfant devra OBLIGATOIREMENT nous fournir ce document
si vous ne l'accompagnez pas et/ou ne venez pas le chercher
(à faire en 2 exemplaires si l'accompagnant est différent entre l'aller et le retour)

Je soussigné(e), Mr/Mme
……...
(nom/prénom)

Responsable légal de l'enfant
……...
(nom/prénom)

Vous informe qu'il arrivera et/ou quittera le stage
Le……...
(date)

Sous la responsabilité de :
Mr/Mme……..…..
(nom/prénom)

En la qualité de
……...

Et décharge la Ligue Ile de France de Voile et ses représentants de toute responsabilité à partir de ce moment-là.

Fait à …… Le …….

Signature

La personne qui prendra en charge l'enfant, devra présenter une pièce d'identité

Ligue Île-de-France
60 rue Castagnary 75015 PARIS
Tél. : 01 48 42 48 38
Courriel : communication@idfvoile.com
Site : http://www.idfvoile.com/

FICHE OBLIGATOIRE

Autorisation parentale (ACCIDENT)

Je soussigné(e), Nom, prénom : …… né(e) le : ……

Déclare sur l'honneur :

☐ Avoir plein exercice de la puissance paternelle ou maternelle ☐ Exercer la tutelle

☐ Être investi(e) du droit de garde

Sur le mineur (nom, prénom) : ……

(***rayez la/les mention(s) inutile(s)***)

J'autorise le mineur ci-dessus à participer à ce stage

J'autorise d'autre part à faire pratiquer sur mon enfant toutes interventions et soins médicaux qui apparaitraient nécessaires y compris son transport dans un établissement hospitalier.

DISCIPLINE : nous acceptons les conséquences des mesures qui pourraient être décidées par les responsables du stage pour assurer la discipline et la bonne tenue morale.
Dans le cas du non-respect des consignes de discipline, par mon enfant, annoncées par les responsables du stage, je m'engage à venir récupérer mon enfant dans les 24 heures.

Personne à prévenir en cas d'accident :

M. Mme :
Adresse :
Téléphone Domicile :
Téléphone Bureau :
Téléphone Portable :
Adresse mail :

Fait à : Le :

Signature des parents
(Précédée de la mention Lu et Approuvé).

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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
Précisez .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL 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 de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ASSURANCES

NOM _____ **Prénom** _____ **SEXE** _____

Date et lieu de naissance _____

Adresse _____ **TEL** _____

CP/VILLE _____ _____

Courriel : _____ @ _____

Police d'assurance couvrant les risques Responsabilité Civile et Individuelle accidents corporels

COMPAGNIE _____

Numéro _____

Date de validité _____

Renseignements relatifs aux responsables de l'enfant

Responsable légal 1 _____

NOM Prénom _____

Adresse _____

TEL domicile _____ **Tel bureau** _____ **Portable** _____

N° de sécurité sociale _____

Centre de paiement _____

_____

N° de Mutuelle Nom et Adresse _____

_____

Nom de l'employeur _____

Tel de l'employeur _____

Courriel : _____ @ _____

Responsable légal 2 _____

NOM Prénom _____

Adresse _____

TEL domicile _____ **Tel bureau** _____ **Portable** _____

N° de sécurité sociale _____

Centre de paiement _____

_____

N° de Mutuelle Nom et Adresse _____

_____

Nom de l'employeur _____

Tel de l'employeur _____

Courriel : _____ @ _____

Je soussigné NOM Prénom _____ que ces renseignements sont exacts

Fait le _____ à _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL