

## Conditions générales

**Adhésion** : Elle permet de participer à toutes les activités et de s'impliquer dans la vie associative des "Chantiers". Elle est valable jusqu'à la fin de l'année. Adhésion individuelle : 10 euros. Adhésion famille : 15 euros. Adhésion collectivité, groupe, classe, institution : 50 euros.

**Tarifs** : Pour les séjours, à l'exception des institutions, une réduction est accordée aux adhérents du département des Alpes Maritimes et les Cannois bénéficient de tarifs dégressifs (sur présentation du quotient familial fourni par la CAF, ou à défaut de l'avis d'imposition).

**Participation demandée séjours d'été :**

**FORT ROYAL** : Structures : 689 € - Hors Département 06 : 546 € - Département 06 : 481 € - Cannois : tarif dégressif de 221 € à 351 € (en fonction du quotient familial fourni).

**AUTRES LIEUX** : Structures : 637 € - Hors Département 06 : 494 € - Département 06 : 429 € - Cannois : tarif dégressif de 169 € à 299 € (en fonction du quotient familial fourni).

**Participation demandée séjours hors été** : Structures : 343 € - Hors Département 06 : 266 € - Département 06 : 231 € - Cannois : tarif dégressif de 91 € à 161 € (en fonction du quotient familial).

**Règlement** : Par virement RIB ci-joint. Par chèque à l'ordre Chantiers de Jeunes P.C.A Les chèques vacances sont acceptés. Pour les aides de la CAF nous consulter.

**Autres frais** : Les arrivées tardives ou les départs anticipés ne feront l'objet d'aucune réduction de tarif. Les parents s'engagent à rembourser sur présentation des feuilles de maladie ou facture tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par l'association pour leur enfant.

**Annulations** : De votre part : L'adhésion n'est pas remboursable.

Entre 60 et 21 jours avant le début du séjour le montant des arrhes sera retenu pour les séjours d'été et entre 30 et 15 jours pour les autres séjours.

Moins de 21 jours avant le début du séjour, la totalité du montant du séjour sera retenue pour les séjours d'été et moins 15 jours avant le début du séjour pour les autres séjours.

De notre part : Nous nous réservons le droit d'annuler certains séjours en fonction de l'obtention des subventions requises. Dans un premier temps nous vous ferions une autre proposition, dans la mesure de nos possibilités. Si celle-ci ne vous convenait pas, nous vous rembourserons la totalité de vos versements.

**Autorisations de travaux** : Nous nous réservons le droit de modifier les travaux initialement annoncés en fonction de l'obtention des autorisations de travaux requises.

**Réglementation** : Tous nos séjours sont déclarés auprès du Service Départemental à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports, selon la réglementation en vigueur concernant l'accueil d'adolescents.

**Encadrement** : Les directeurs et animateurs sont diplômés, leur rôle est d'accompagner les jeunes dans l'organisation et la mise en place du séjour. Ils sont garants de la sécurité morale et physique des jeunes.

**Assurance** : Une assurance responsabilité civile et individuelle accident est comprise dans le prix des séjours. En cas de vandalisme, dégradation volontaire, vol la responsabilité financière des parents pourra être engagée.

**Documents à fournir** : le dossier complet en PDF et lisible avec le règlement de l'adhésion et des 50 % d'arrhes dans les 7 jours après la réservation téléphonique.

- ☐ Dossier comprenant la fiche d'inscription, la fiche sanitaire + la copie des vaccins, l'autorisation parentale de sortie.
- ☐ L'attestation de droit à l'assurance maladie où figure le jeune,
- ☐ L'autorisation de sortie du territoire pour les séjours de Neige et Merveilles.
- ☐ L'attestation du « pass nautique ».

Le solde du séjour doit nous parvenir maximum 31 jours avant le début du séjour.

# Fiche d'inscription

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur) :

.....

Profession : .....

N° tél : .....

E-Mail : .....

Autorise mon enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom d'usage : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° tél : .....

E-Mail : .....

à participer aux activités organisées par les Chantiers de Jeunes et je l'inscris  
au séjour de : .....

Du : ..... au : .....

Pendant ce séjour vous pourrez me joindre :

.....

Tél : .....

Je souscris aux conditions générales. J'autorise les organisateurs à faire  
prodiguer les soins médicaux et chirurgicaux éventuellement nécessaires.  
Veuillez trouver ci-joint le règlement de l'adhésion (en cas de première  
inscription de l'année) et 50% du prix du séjour à titre d'arrhes.

J'autorise les C.J.P.C.A à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de  
présentation et de promotion des chantiers bénévoles :

☐ OUI ☐ NON

Signature des parents :

Pourquoi je veux participer à ce chantier ?

.....

.....

J'ai pris connaissance du contrat que les Chantiers de Jeunes passent  
avec moi (5h00 de chantier, vie collective, voir projet de l'association) et je  
m'engage à participer à sa mise en oeuvre lors de mon séjour.

Signature du participant :



Chantiers de Jeunes Provence Côte d'Azur  
Maison des Chantiers - La Ferme Giaume  
7, Avenue Pierre de Coubertin  
06150 CANNES LA BOCCA  
Tél : 04.93.47.89.69. Mail : [cjpca@club-internet.fr](mailto:cjpca@club-internet.fr)

### AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

NOM et PRENOM de l'enfant ..... inscrit  
au séjour de .....  
du ..... au .....  
Je soussigné (père, mère, tuteur) .....

☐ AUTORISE mon fils, ma fille, à quitter le séjour par ses propres moyens à 12 h 15.

☐ N'AUTORISE PAS mon fils, ma fille, à quitter le chantier par ses propres moyens et  
VIENDRAI donc le CHERCHER à l'embarcadère des îles du port de Cannes à 12 h 15.

Fait à .....

le .....

Signature du responsable,

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui                      | non                      | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Autres (préciser)          |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINE                                                    | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ                               | SCARLATINE                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITE                                                     | ROUGEOLE                                                  | OREILLONS                                                 |                                                           |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |                                                           |

**ALLERGIES** : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐  
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

**ATTESTATION DU « PASS-NAUTIQUE »**  
**PRÉALABLE A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NAUTIQUES ET**  
**AQUATIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS**  
(Accueils relevant des articles L. 227-4 et R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles)

*Références : Code de l'action sociale et des familles : article R. 227-13 et à l'arrêté du 25 avril 2012 ; Circulaire du 30 mai 2012 (Fiche n°3) ; Code du sport : A322-3 (1-2-3)*

Le test « Pass-Nautique » prévu à l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 a pour objet de vérifier l'aisance aquatique d'un mineur avant de participer à une activité des activités suivantes :

- canoë, kayak et activités assimilées ;
- radeau et activités de navigation assimilées ;
- certaines activités de voile.

La réussite au même test est requise mais la capacité à nager est obligatoirement vérifiée (**test est réalisé sans brassière de sécurité**), pour les activités suivantes :

- canoë, kayak et activités assimilées : activité de perfectionnement du canoë, du kayak, du raft et de la navigation à l'aide de toute autre embarcation propulsée à la pagaie (fiche 3.2) ;
- canyonisme (fiche 4) ;
- nage en eau vive (fiches 10.1 et 10.2) ;
- surf (fiche 18) ;
- navigation à la voile au-delà de 2 milles nautiques d'un abri (fiche 20.3) ;
- navigation dans le cadre du scoutisme marin (fiche 20.4) ;
- vol libre : activités de glisse aérotractée nautique (fiche 21.4).

Pour les activités de découverte du canoë, du kayak, du raft et d'autres embarcations propulsées à la pagaie (fiche 3.1), ainsi que pour la navigation diurne en planche à voile, dériveur léger et multicoque léger ou autre embarcation à moins de 2 milles nautiques d'un abri (fiches 20.1 et 20.2), le test peut être réalisé avec brassière de sécurité.

**Date du test :**

**Nom et prénom du mineur :**

**Aptitudes vérifiées et acquises** (mettre une croix dans les cases correspondantes)

- |                                                                                |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| • Effectuer un saut dans l'eau                                                 | <input type="checkbox"/> |
| • Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes                        | <input type="checkbox"/> |
| • Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes                       | <input type="checkbox"/> |
| • Nager sur le ventre pendant 25 mètres                                        | <input type="checkbox"/> |
| • Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant | <input type="checkbox"/> |

**Test réalisé :** ☐ avec brassière ☐ sans brassière

**Résultat du test :** ☐ satisfaisant ☐ non satisfaisant

**Personne ayant fait passer le test :**

Nom et prénom :

Qualification (voir informations au verso) :

Etablissement d'appartenance :

N° de carte professionnelle d'éducateur sportif (sauf BNSSA) :

Signature :

## Liste des personnes habilitées à faire passer le test :

- Les personnes ayant le titre de maître nageur-sauveteur (MNS)
- Les titulaires du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique (BNSSA)
- Les détenteurs des diplômes suivants :
  - BEES option canoë-kayak et disciplines associées
  - BEES option voile
  - BEES option surf
  - BPJEPS spécialité activités nautiques avec mention canoë-kayak et disciplines associées, ou voile ou surf
  - BPJEPS spécialité activités nautiques avec UCC canoë-kayak ou planche à voile
  - DE JEPS spécialité perfectionnement sportif avec CS canoë-kayak et disciplines associées en mer ou CS natation en eau libre ou CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
  - DES JEPS spécialité performance sportive mention canoë-kayak et disciplines associées en eau vive
  - DES JEPS spécialité performance sportive mention natation course et CS natation en eau libre ou CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
  - DES JEPS spécialité performance sportive mention natation synchronisée avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
  - DES JEPS spécialité performance sportive mention water-polo avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
  - DES JEPS spécialité performance sportive mention plongeon avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique

## Test admis en équivalence :

- **L'Attestation du Savoir Nager en Sécurité**

Arrêté du 28/02/2022

Article A 322-3-3 du Code du sport

- **Le Sauv'Nage (amené à disparaître au profit de l'attestation du Savoir Nager en Sécurité)**

L'attestation de réussite au test commun des fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies par le décret est équivalente au test défini par l'arrêté

CCM CANNES CENTRE CROISETTE  
TEL 04 92 28 43 63

87 RUE FELIX FAURE  
06400 CANNES

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements, etc...)

This statement is intended to be delivered, to those of your creditors or debtors who have transactions posted to account (credit, transfers, payments, etc.....)

| Code Banque | Code Guichet | Numéro de Compte | Clé RIB | Domiciliation               |
|-------------|--------------|------------------|---------|-----------------------------|
| 10278       | 08957        | 00074697440      | 45      | CCM CANNES CENTRE CROISETTE |

Identifiant international de compte bancaire

| IBAN (International Bank Account number) | BIC (Bank Identification Code) |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| FR76 1027 8089 5700 0746 9744 045        | CMCIFR2A                       |

TITULAIRE DU COMPTE  
ACCOUNT OWNER

▶ CHANTIERS DE JEUNES PROVENCE  
COTE D AZUR  
FERME GIAUME  
7 AVENUE PIERRE DE COUBERTIN  
CANNES LA BOCCA  
06150 CANNES