

# BULLETIN COLLECTIF D'INSCRIPTION CROISIERE

LE 19 & 20 SEPTEMBRE 2026



⇒ ASSOCIATION/ETABLISSEMENT/SERVICE

DENOMINATION : .....

ADRESSE : .....

TEL : .....

MAIL : .....

RESPONSABLE REFERENT (précisez la Fonction) : .....

TEL : .....

MAIL.....

## INSCRIPTION DES PARTICIPANTS

☞ Renseigner une inscription par personne et sa fiche de liaison médicale.

☞ Préciser les coordonnées de l'accompagnateur et les personnes accompagnées par celui-ci.

☞ Cocher l'organisation de la participation souhaitée

☞ Joindre les règlements à l'ordre de « Voile et Handicap »

### ⇒ ACCOMPAGNATEUR N°1

NOM PRENOM : .....

TEL : ..... MAIL : .....

☞ Sur le bateau : Oui  Non  ☞ au repas du samedi soir Oui  Non

**ORGANISATION DE VOTRE PARTICIPATION (Cocher votre / vos souhait(s)) ACCUEIL SUR SITE DE 9h à 10h AU PLUS TARD**

SORTIE MER SAMEDI et DIMANCHE + REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER SAMEDI	REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER DIMANCHE	SORTIE MER WEEK END
<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 17 €	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 13 €	<input type="checkbox"/> 28 €

Noms des personnes accompagnées:.....

.....

### ⇒ ACCOMPAGNATEUR N°2

NOM PRENOM : .....

TEL : ..... MAIL : .....

☞ Sur le bateau : Oui  Non  ☞ au repas du samedi soir Oui  Non

**ORGANISATION DE VOTRE PARTICIPATION (Cocher votre / vos souhait(s))**

SORTIE MER SAMEDI et DIMANCHE + REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER SAMEDI	REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER DIMANCHE	SORTIE MER WEEK END
<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 17 €	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 13 €	<input type="checkbox"/> 28 €

Noms des personnes accompagnées.....

**L'inscription est validée à la réception du paiement.**

**Le remboursement d'une annulation nécessite obligatoirement un justificatif médical.**

**Le responsable référent et l'accompagnateur reconnaissent avoir pris connaissance de la fiche d'information ci jointe et acceptent les conditions de participation à la Croisière Voiles & Handi'Cap énoncées**

Fais-le :

Responsable référent

Accompagnateur N°1

Accompagnateur N° 2

# BULLETIN D'INSCRIPTION CROISIERE

LE 19 & 20 SEPTEMBRE 2026



**ASSOCIATION/ETABLISSEMENT /SERVICE :**

.....

.....

**ACCOMPAGNATEUR :** Nom : ..... Contact : .....

## ⇒ PARTICIPANT

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

**AGE :** .....

☞ Êtes-vous sous protection des majeurs : Oui  Non

Si oui, coordonnées : .....

☞ Je me déplace seul(e) : Oui  Non

☞ J'ai un fauteuil roulant Oui  Non  électrique oui  non

☞ Il est indispensable à bord du bateau Oui  Non  (*pour les fauteuils électriques, la demande sera étudiée lors de la confirmation de l'inscription, en fonction des bateaux*)

☞ 1 chien accompagnateur sur le bateau (si indispensable) Oui  Non  (si oui pas d'autre d'accompagnateur)

☞ restrictions alimentaires Oui  Non  si oui compléter fiche médicale

**ORGANISATION DE VOTRE PARTICIPATION (Cocher votre / vos souhait(s) ACCUEIL SUR SITE DE 9h à 10h AU PLUS TARD**

SORTIE MER SAMEDI et DIMANCHE + REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER SAMEDI	REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER DIMANCHE	SORTIE MER WEEK END
<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 17 €	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 13 €	<input type="checkbox"/> 28€

**L'inscription est validée à la réception du paiement.**

**Le remboursement d'une annulation nécessite obligatoirement un justificatif médical.**

⇒ Joindre votre règlement à l'ordre de « Voile et Handi'Cap »

Je reconnais avoir pris connaissance de la fiche d'information ci jointe et accepte les conditions de participation à la Croisière Voile & Handi'Cap énoncées.

Fais-le :

signature du participant

# BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION CROISIERE

Le 19 & 20 SEPTEMBRE 2026



PARTICIPANT

NOM PRENOM : .....

AGE : .....

ADRESSE : .....

TEL : .....

MAIL : .....

☞ Êtes-vous sous protection des majeurs : Oui  Non

Si oui, coordonnées : .....

TEL : .....

MAIL : .....

☞ Je me déplace seul(e) : Oui  Non

☞ J'ai un fauteuil Oui  Non  électrique oui  non

☞ Il est indispensable à bord du bateau Oui  Non  (*pour les fauteuils électriques, la demande sera étudiée lors de la confirmation de l'inscription, en fonction des bateaux engagés*)

☞ 1 chien accompagnateur sur le bateau (si indispensable) Oui  Non  (*si oui, pas d'autre accompagnateur*)

☞ j'ai des restrictions alimentaires Oui  Non  (*si oui, compléter la fiche médicale*)

## ORGANISATION DE VOTRE PARTICIPATION (Cocher votre / vos souhait(s) **ACCUEIL SUR SITE DE 9h à 10h AU PLUS TARD**)

SORTIE MER SAMEDI ET DIMANCHE + REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER SAMEDI	REPAS SAMEDI SOIR	INVITE REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER DIMANCHE	SORTIE MER WEEK END
<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 17 €	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> 13 €	<input type="checkbox"/> 28 €

⇒ INVITE : NOM PRENOM .....

ACCOMPAGNATEUR sur les bateaux dans la limite des places disponibles

☞ Sur le bateau : Oui  Non  ☞ au repas du samedi soir Oui  No

NOM PRENOM : .....

TEL : .....

MAIL : .....

## ORGANISATION DE LEUR PARTICIPATION (Cocher votre / vos souhait(s))

SORTIE SAMEDI et DIMANCHE + REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER SAMEDI	REPAS SAMEDI SOIR	SORTIE MER DIMANCHE	SORTIE MER WEEK END
<input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> 17 €	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 13 €	<input type="checkbox"/> 28 €

⇒ Joindre votre règlement à l'ordre de « Voile et Handi'Cap »

L'inscription est validée à la réception du paiement. Le remboursement d'une annulation nécessite obligatoirement un justificatif médical. Le participant et l'accompagnateur reconnaissent avoir pris connaissance de la fiche d'information ci jointe et acceptent les conditions de participation à la Croisière Voile & Handi'Cap énoncées.

Fais-le :

Signature Participant

Signature Accompagnateur

**FICHE DE LIAISON MEDICALE  
VOILE ET HANDI'CAP**



**Croisière du 19 & 20 septembre 2026**

Cette fiche médicale reste **confidentielle** et sera gardée par le personnel médical lors de votre croisière. Il est indispensable de la remplir soigneusement afin que votre journée se déroule dans les meilleures conditions de sécurité. Si vous avez des difficultés à la remplir, faites-vous aider par votre médecin traitant.

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :** .....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :** .....  
**TELEPHONE :** .....

**⇒ INFORMATIONS MEDICALES**

**Précisez vos problèmes de santé :**

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

**Prenez-vous des médicaments ?**                       **OUI**                       **NON**

Si oui précisez (obligation de joindre la copie de l'ordonnance) :

.....

**Avez-vous des allergies à des médicaments ?**    **OUI**                       **NON**

Si oui précisez :

.....  
.....

**Avez-vous des restrictions alimentaires ?**                       **OUI**                       **NON**

Si oui précisez : nous tenterons au maximum de respecter vos restrictions alimentaires mais si cela est trop difficile pour le traiteur, il pourra vous être demandé d'apporter votre repas.

.....  
.....

**Etes-vous sujet au mal de mer ?**                       **OUI**                       **NON**

**Apporter et mettre obligatoirement de la crème solaire sur le bateau. Si contre-indication à la crème solaire, le préciser ici :** .....

**⇒ BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT**

**Avez-vous besoin d'une aide spécifique pour ce Week End croisière**

Pour embarquer à bord du bateau  
☞ Je me déplace seul(e) :    Oui                      Non                      ☞ J'ai un fauteuil :                      Oui                      Non

Pour manger et boire

Pour aller aux toilettes

Pour vous habiller

Autres (précisez).....