



## BULLETIN D'INSCRIPTION STAGES AUTOMNE 2024

NOM du STAGIAIRE : _____	
Prénom : _____	Tél. dom. : _____ Fax : _____
	Tél. bur. : _____ Fax : _____
Date de naissance : _____	Mail : _____
Adresse : _____	<b>Adresse de vacances</b>
_____	NOM : _____
Ville : _____	_____
Code Postal : _____	_____ Tél. : _____

### Conditions de participation

**A LIRE SCRUPULEUSEMENT AU VERSO DE CETTE FICHE, A REMPLIR ET SIGNER**

**Autorisation parentale pour les mineurs**

**Aptitude à la nage**

**Autorisation de prise de vue**

**Assurances**

**Certificat médical**

**Personne à prévenir en cas d'urgence**

	Du 21 et 22 Octobre 9h30-16h30	Réduction CNP
1 Journée	45 euros	10
2 journées	90 euros	15
Licence	Passeport voile obligatoire pour les non licenciés 13.50 euros	

**Dates :**      1<sup>ère</sup> :                      2<sup>ème</sup> :

**TOTAL :**

	<b>Catégorie Comptable</b>	<b>7011</b>
Réglé le	Par chèque	Espèces                      Visa CNP

*\*ATTENTION l'inscription au stage doit être accompagné du règlement*

**A noter :**

*L'inscription au stage doit être accompagnée du règlement - En cas de mauvaise condition météorologique, les séances voile peuvent être décalées dans la mesure du possible, ou remboursées au prorata si le CNP ne peut proposer de séance de remplacement.*

## AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Représentant légal de Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Autorise l'enfant précité à suivre le stage désigné au verso

Autorise, en cas d'urgence, la conduite de cet enfant dans un établissement hospitalier où toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée en cas de nécessité et m'engage à en assurer le règlement.

Atteste également que :

L'enfant précité âgé de 16 ans et plus est apte à plonger puis à nager au moins 50 mètres

L'enfant précité âgé de moins de 16 ans est apte de s'immerger puis de nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.

Déclare prendre connaissance du règlement intérieur affiché dans l'école m'assurer que l'enfant précité fait de même avec mon aide si nécessaire.

M'engage à déclarer tout traitement et contre-indications médicales.

Déclare avoir été informé sur les capacités requises pour la pratique de l'activité.

### AUTORISATION POUR LA PRISE DE VUE :

J'autorise les différents encadrant des stages à photographier mon enfant dans le cadre des activités de l'association (animations, compétitions, sorties...) et de publier ces photographies pour les usages suivants :

- Publication sur le site Internet du club
- Illustration des brochures et prospectus décrivant les activités du Club

Cette autorisation est valable pour toute la durée de la présence de l'adhérent au sein de l'association pour la prise des photos et reste valable sans limitation de durée pour leur publication.

La personne photographiée peut à tout moment demander le retrait de sa photo du site internet.

La publication de ces images, ainsi que les légendes ou les commentaires accompagnant cette publication, ne devront pas porter atteinte à la dignité de la personne représentée, sa vie privée et à sa réputation.

Je n'autorise pas la prise de photographie.

### ASSURANCES

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance souscrites par la FFVoile et avoir été informé de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires en matière d'assurance corporelle.

### CERTIFICAT MEDICAL OU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Le certificat médical ou questionnaire de santé est obligatoire dès l'inscription pour la pratique de la voile.

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

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

**ADRESSE :** .....  
.....

**Tel. Travail :** ..... **Horaires :** .....

**Tél. Domicile :** ..... **Horaires :** .....

**Expérience nautique : (type, date et lieu des stages déjà effectués)**

.....

**Comment avez-vous connu cette école de voile ?**

.....

Signature du responsable légal :