

STAGES ETE 2019

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
 Date de naissance : _____ E mail : _____
 Tél domicile : _____ Tél Portable : _____

Nom payeur : _____ E mail :
 Date de naissance : _____

Supports			Semaines		Stage 1 Découverte Initiation	Stage 2 Initiation Perfection	Stage 3 Perf
STAGES	5 jours	3 jours	27	du 01/07 au 05/07	<input type="checkbox"/>	Pas de stage	Pas de stage
			28	du 08/07 au 12/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			29	du 15/07 au 19/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimist Stage 1 ou 2	140€	110€	30	du 22/07 au 26/07	Pas de stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cata Jeune Stage 1-2-3	150€	120€	31	du 29/07 au 02/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cata adulte * Stage 2 ou 3	170€	140€	32	du 05/08 au 09/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planche à voile * Stage 1 ou 3	150€	120€	33	du 12/08 au 16/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarif : <i>passport 11 € inclus</i>			34	du 19/08 au 23/08	Pas de stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			35	du 26/08 au 30/08	<input type="checkbox"/>	Pas de stage	Pas de stage

* 1 seul stage planche à voile par semaine
 stage 1 : semaines 28 - 29 - 31 - 32
 stage 3 : semaines 30 - 33

* Hobie cat 16
 pas de stage 2 semaine 30 - 34

Certification pour les adultes et les mineurs (loi du 1er juillet 1998)

Je soussigné, M^{me} - M^r : atteste que ma fille - mon fils - (je) :

Ne présente pas de contre indication médicale à la pratique de la voile.

Produit un certificat médical d'aptitude à la pratique de la voile.

En cas d'accident, autorise à faire pratiquer toutes les interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires, y compris le transport dans un établissement hospitalier.

Est apte à s'immerger (m'immerger) et à nager au moins 25 m (- de 16 ans) ou 50 m (+ de 16 ans)

Accepte que le CNCP utilise mon image à des fins publicitaires.

Accepte le règlement intérieur du club nautique

Je reconnais avoir été informé de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire auprès de la Fédération Française de Voile (cf document annexe à l'inscription à retourner à Groupe MDS 2-4 rue Louis David 75782 PARIS CEDEX 16)

Je souscris **OUI** **NON**

Date : _____ Signature : _____

Partie réservée au Club :

Chèque N° : Banque : Espèces Chèques Vacances AWOO C Bancaire
 N° commande :

Avec la participation de

