

STAGE PLANCHE A VOILE ETE 2022

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

Nom payeur : E mail :Date de naissance :

TYPE DE STAGE TOUS NIVEAUX

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> PLANCHE A VOILE 3 Jours : 130 € |
| <input type="checkbox"/> PLANCHE A VOILE 5 Jours : 160 € |

S27 : du 04 au 08/07	<input type="checkbox"/> stage 2
S28 : du 11 au 15/07	<input type="checkbox"/> stage 2
S29 : du 18 au 22/07	<input type="checkbox"/> stage 2
S30 : du 25 au 29/07	<input type="checkbox"/> stage 2
S31 : du 01 au 05/08	<input type="checkbox"/> stage 2
S32 : du 08 au 12/08	<input type="checkbox"/> stage 2
S33 : du 15 au 19/08	<input type="checkbox"/> stage 2
S34 : du 22 au 26/08	<input type="checkbox"/> stage 2

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.
 - 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
- Je souscris OUI NON

MINEURS : CERTIFICATION du QUESTIONNAIRE de SANTE

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Représentant(e) légal(e) de : Nom : Prénom :

- Atteste que tous les points du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, dont je suis le représentant légal, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

MAJEURS : CERTIFICATION du QUESTIONNAIRE de SANTE

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

- Déclare avoir fourni un certificat médical ou rempli un questionnaire de santé l'an dernier et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

Date :

Signature :

Partie réservée au Club :

Chèque N° : Banque : Espèces ANCV C Bancaire AWOO N° commande

Avec la participation de

