



CLUB NAUTIQUE DE  
CHÂTELAILLON-PLAGE



## STAGES VACANCES PÂQUES 2023

NOM : .....

Adresse : .....

Date de naissance ... /.../.....

Tél : .....

Nom Payeur : .....

Prénom : .....

Code postal :..... Ville .....

E mail.....

Date de naissance payeur : .....

- CATAMARAN Adultes     5 jours : 195 €                       3 jours : 165 €
- CATAMARAN Jeunes     5 jours : 175 €                       3 jours : 145 €
- OPTIMIST                       5 jours : 175 €                       3 jours : 145 €

Adhérent au club 110 €

Scolaires (pratiquant au CNCP sur l'année 2021/2022) 110 € (passeport voile inclus)

**du 17 avril 2023 au 21 avril 2023**

**Lundi 17 avril de 13h à 16h**

**Mardi 18 avril 14h à 17h**

**Mercredi 19 avril de 15h à 18h**

**Jeudi 20 avril de 15h à 18h**

**Vendredi 21 avril de 15h à 18h**

Je soussigné, Mme, Mr .....atteste que ma fille, mon fils.....(OU je)

- Est apte à s'immerger et à nager au moins 25 m pour les moins de 16 ans ou 50 m plus de 16 ans
- Accepte que le CNCP utilise son image (ou mon image)
- Accepte le règlement intérieur du Club Nautique
- J'autorise le responsable du Club Nautique de Châtelailлон Plage à faire pratiquer toute intervention d'urgence
- Je reconnais avoir été informé de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire auprès de la Fédération Française de Voile
- Ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de la voile

### 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.

**A Châtelailлон, le**

**Signature**

Commande

Chèque N°

Banque

Espèces

ANCV

CB