CLUB NAUTIQUE DE CHATELAILLON-PLAGE

STAGES VACANCES PÂQUES 2024

NOM :…… **Prénom :……..**
Adresse :…… **Code postal :…….. Ville …...:……..……**
Date de naissance … /…../…… **E mail……...**
Tél :……
Nom Payeur :……... ***Date de naissance payeur : ……..***

- **CATAMARAN Adultes** ☐ **5 jours : 198 €** ☐ **3 jours : 168 €**
- **CATAMARAN Jeunes** ☐ **5 jours : 178 €** ☐ **3 jours : 148 €**
- **OPTIMIST** ☐ **5 jours : 178 €** ☐ **3 jours : 148 €**

☐ **Adhérent au club 115 €**

☐ **Scolaires** ***(pratiquant au CNCP sur l'année 2023/2024) 115 €*** (passeport voile inclus)

ZONE A – ZONE C du 15 avril 2024 au 19 avril 2024
Lundi 15 avril de 10 h à 13 h
Mardi 16 avril 11 h à 14 h
Mercredi 17 avril de 13h à 16h
Jeudi 18 avril de13 h à 16 h
Vendredi 19 avril de 13 h à 16 h

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 Châtelaillon 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 Chatelaillon, le ***Signature***

☐ **Commande**	☐ ***Chèque N°***	☐ **Banque**	☐ **Espèces**	☐ **ANCV**	☐ **CB**

Club Nautique de Chatelaillon Plage BP 70009 17340 Chatelaillon
Tél : 05-46-56-22-22 Email : info@cn-cp.fr URL http://cn-cp.fr