



CLUB NAUTIQUE DE
CHÂTELAILLON-PLAGE



STAGES VACANCES TOUSSAINT 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 € (passeport 13.5 € inclus)

Scolaires (pratiquant au CNCP sur l'année scolaire 2024/2025) ,115€ (passeport voile inclus)

Du Lundi 28 Octobre 2024 au Vendredi 1^{er} Novembre 2024

Lundi 28 Octobre de 13 h à 16 h

Mardi 29 Octobre 13 h à 16 h

Mercredi 30 Octobre de 13 h à 16 h

Jeudi 31 Octobre de 13 h à 16 h

Vendredi 1^{er} Novembre de 13 h à 16 h

Je soussigné, Mme, Mratteste 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 Châtelailon 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 Châtelailon, le

Signature

Chèque N° Banque Espèces ANCV CB