

STAGE CATAMARAN JEUNE ETE 2026

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

Nom payeur : E mail :Date de naissance :

TYPE DE STAGE

NIVEAU DE PRATIQUE

<input type="checkbox"/> CATA JEUNE 3 Jours : 153 €	<input type="checkbox"/> CATA JEUNE Initiation New Cat 13,5
<input type="checkbox"/> CATA JEUNE 5 Jours : 183 €	<input type="checkbox"/> CATA JEUNE Perfectionnement NC13.5

S27 : du 1^{er}/07 au 03/07 stage 1 stage 1 // // // // // // // // // // // // // // // //

S28 : du 06 au 10/07	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S29 : du 13 au 17/07	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S30 : du 20 au 24/07	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S31 : du 27/07 au 31/07	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S32 : du 03 au 07/08	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S33 : du 10 au 14/08	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S34 : du 17 au 21/08	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 2
S35 : du 24 au 28/08	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<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 le règlement intérieur du club nautique
 - Accepte que le CNCP utilise mon image à des fins publicitaires.
 - 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.

Date :

Signature :

Partie réservée au Club :

Chèque N° : Banque : Espèces Chèques Vacances C Bancaire

Avec la participation de

