

INSCRIPTION MEMBRE CLUB ADULTE 2019

INFORMATIONS GENERALES

NOM : PRENOM : Sexe :

Date de naissance : Etude ou Profession :

Adresse :

Code Postal Ville :

Email :

Tél. : Mobile :

J'accepte de figurer au fichier loué par la Fédération Française de Voile OUI NON

ADHESION

Membre majeur..... 47.00€

LICENCE F.F.VOILE

Adulte 57.00€

ACTIVITE

Forfait Séances en Dériveurs/Echo90

- Forfait 10 séances175.00€
- Forfait 20 séances320.00€
- La séance.....20.00€

Forfait Location Catamarans

- Forfait 5 séances de 2h00240.00€
- Forfait 3 séances de 2h00163.20€
- Forfait 1 séance de 2h0064.00€

Ecole de Sport Groupe Laser Jeune (14/18 ans)

- L'année297.00€

PAIEMENT

MONTANT TOTAL :

Remise « Famille » sur activité+ adhésion :

2 membres (-10%) 3 membres (-15%) 4 membres et plus (-20%)

MONTANT TOTAL après remise :

Je soutiens la Station SNSM du Tréport par un don de

Signature

Fait à

Le

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES LEGALES

NOM ET PRENOM DE L'ADHERENT :

POUR LE MEMBRE MAJEUR :

Je certifie :

Avoir l'aptitude de m'immerger, plonger et nager au moins 25m

Autorisations :

Autorise, en cas d'urgence, l'Ecole de Voile « Sensation Large » à me transférer à l'hôpital par un service d'urgence pour que puisse être pratiqués les soins nécessaires.

Autorise l'Ecole de Voile « Sensation Large » à prendre des photos et films me représentant lors des activités et à les utiliser/diffuser (pour la réalisation de supports de communication : site internet, publicité...)

Pièces à fournir :

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de Voile* ou Questionnaire de santé 2019 si renouvellement de licence compétition.

*en cas de compétition, en certificat médical d'aptitude à la voile en compétition

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Personne à prévenir en cas d'accident :Tél :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Dt Polio				Autres (préciser)	
Tétracoq					
BCG					

Suivez-vous un traitement médical ? OUI NON

Si oui lequel :

Avez-vous des allergies : OUI NON Si Oui précisez :

Merci d'indiquer vos difficultés de santé si il y a (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

.....

Signature

Fait à

Le

L'Ecole de Voile Sensation Large, Quai Albert Cauet, 76470 Le Tréport

02 35 50 12 08 / sensationlarge@gmail.com

www.sensationlarge.fr

