



la voile pour tous

INSCRIPTION Moussaillons 2017

INFORMATIONS GENERALES

NOM : PRENOM : Sexe :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Code Postal Ville :
.....

Email :
.....

Tél. :

Mobile :

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

OUI

NON

ADHESION

Membre mineur 31 €

Je suis déjà adhérent 2017 de Sensation Large.

LICENCE F.F.VOILE

Jeune..... 28.00 €

ACTIVITE

Saisons Moussaillons 2017 :

D'avril à juillet 2017.....151.00€

De septembre à novembre 2017151.00€

PAIEMENT

Remise « Famille » sur activité + adhésion :

2 membres (-5%)

3 membres (-10%)

4 membres et plus (-20%)

Je possède déjà ma licence FFV 2017 : OUI NON

MONTANT TOTAL : _____ €

MODE DE REGLEMENT : _____

Je soutiens la Station SNSM du Tréport par un don de€

SIGNATURE

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

02 35 50 12 08 / sensationlarge@gmail.com

www.sensationlarge.fr



OBLIGATIONS LEGALES

Autorisations obligatoires :

Autorisation des parents ou du tuteur légal

Je soussigné(e), M..... représentant légal de M..... et agissant en qualité de (lien de parenté),, autorise la personne précitée à :

- Pratiquer de la Voile au sein de l'Ecole de Voile Sensation Large du Tréport.
- Quitter l'enceinte de l'Ecole de Voile dès la fin de séance.

Autres :

- J'atteste que mon enfant sait nager au moins 25m : OUI NON
- J'autorise l'Ecole de Voile Sensation Large à prendre des photos et films lors des activités et à les utiliser/diffuser (pour la réalisation de support de communication : site internet, publicité) : OUI NON
- J'autorise l'Ecole de Voile Sensation Large d'assurer le transport de mon enfant pour les activités diverses liées au cycle de Voile (Régates, regroupements sportif, visites, séances en gymnase et à l'extérieur de l'enceinte de l'Ecole ...). OUI NON

Pièces à fournir :

- Certificat médical de moins de 1 an de non contre-indication à la pratique de la Voile
- Licence Club FFV 2017

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Page 2/2

A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT EN CAS DE DEPLACEMENT/SEJOUR SPORTIF

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					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Votre Enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON Si **oui** le(s)que(s) :

.....

ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuse OUI NON
Alimentaire OUI NON Autres :

Si **OUI** , merci de préciser lesquelles et la conduite à tenir :

.....

INDIQUEZ ci-après, si il y a, les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre**.

.....

.....

Recommandations et informations à nous signaler :

.....

.....

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

