



# INSCRIPTION CLUB ADULTE 2020

## INFORMATIONS GENERALES

NOM : ..... PRENOM : ..... Sexe : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Ville : .....

Email\* : ..... Téléphone : .....

*\*En renseignant votre adresse e-mail, vous acceptez que l'Association Sensation Large la mémorise et l'utilise dans le but de communiquer occasionnellement au sujet des activités et de l'actualité du Club.*

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

## ADHESION

Membre majeur..... 48.00€

## LICENCE F.F.VOILE

Adulte ..... 58.50€

## ACTIVITES

- ✓ - 30 % sur toutes les activités
- ✓ Tarif formation préférentiel : 75€
- ✓ Accès aux séances dédiées Groupe Loisirs

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL : .....

Remise « Famille » sur 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 2020 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
Diphtérie				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 .....**