

CHEQUE	<input type="checkbox"/>
CHEQ. VAC	<input type="checkbox"/>
ESPECE	<input type="checkbox"/>
Réservé administration	

Nom: .....

Prénom: .....

Né(e) le: ..... à.....

Nationalité: .....

Adresse permanente: .....

.....

Tél:...../.....

Portable:.....

Adresse mail:.....

Ecrire soigneusement l'adresse mail pour la validation FFV



**Renseignements et inscriptions**

**+33 (0)6 89 71 48 66**

Etes-vous titulaire  
d'une Licence Voile 2021 ?

OUI / NON

N° Licence : .....

Niveau de pratique Voile :

.....  
(photocopie livret navigation)

**Pour un meilleur apprentissage, veuillez indiquer précisément l'âge,**

Age : ..... Taille : ..... Poids : .....

	STAGE SEMAINE	COURS	LOCATION	NIVEAU
OPTIMIST				
CATAMARAN				
CATAMARAN ADULTE				
PAV				

REGLEMENT .....

DETAIL DU REGLEMENT .....

**Renseignements et inscriptions**

**06 89 71 48 66**

TOTAL A VERSER .....

----- **ATTESTATIONS MEDICALE ET D'AISSANCE AQUATIQUE** -----

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant ..... atteste que ce dernier (cocher les cases) :

- ne présente aucune contre-indication médicale pour la pratique des activités sportives, nautiques et équestres.
- ne présente aucune contre-indication médicale à la vie en collectivité et est à jour de ses vaccins.
- que l'enfant est apte à :
  - effectuer un saut dans l'eau
  - réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes
  - réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes
  - nager sur le ventre pendant vingt mètres
  - franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Ce test peut être réalisé avec ou sans brassière de flottaison

fait à..... le..... **Signature**

----- **POUR LES CANDIDATS MINEURS** -----

Monsieur ou Madame .....

AUTORISE mon, ma, fils, fille, pupille..... à exercer la navigation à voile.

AUTORISE ou N'AUTORISE PAS (1) les responsables du stage à faire pratiquer sur avis médical, tous les soins ou interventions chirurgicales dont pourrait avoir besoin, mon, ma, fils, fille, pupille.

**EXTERNAT:** DECHARGE la responsabilité du Centre avant et après les horaires de cours qui sont de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00.

EN CAS D'URGENCE, il est indispensable de préciser quelle sera l'adresse exacte et le n° de téléphone des parents pendant toute la durée du stage de leur enfant.

ADRESSE EXACTE: .....  
.....

Tél: .....

fait à..... le..... **Signature**

----- **DROIT A L'IMAGE** -----

L'UDSIS peut-être amenée à prendre des photographies ou des vidéos de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne, et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite de temps ni de lieu. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de faire une lettre indiquant votre refus. Cette lettre devra être adressée avec le dossier d'inscription.

(1) Barrer les mentions inutiles

