



BULLETIN D'INSCRIPTION VOILE

Stagiaire

Nom :
Prénom :
@ :
Date naissance : ... / ... /
Masculin féminin
Adresse :
.....
.....
Tél. :

personne à prévenir en cas d'accident

Nom :
Prénom :
Tél. fixe :
Tél. travail :
Tél. portable :

- J'atteste avoir en ma possession un **certificat médical de moins d'un an** autorisant la pratique des activités réservées.
- En cas d'accident, j'autorise les responsables de l'activité à faire appel à des secours d'urgence ou à me faire transporter dans le centre hospitalier ou la clinique la plus proche, ou toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée en cas de nécessité.
- J'atteste être apte à **plonger et nager 50mètres**. Si j'ai moins de 16ans, j'atteste être apte à m'immerger, puis nager au moins 25m sans reprendre pied. A défaut, si je ne sais pas nager, que j'ai effectué le test visant à vérifier une propulsion autonome sans panique avec brassière.
- Je déclare être en possession d'une licence FFV ou avoir souscrit une assurance couvrant l'exercice de l'activité.
- J'accepte l'utilisation par la structure, dans le cadre de sa politique de communication, de photos ou vidéos me concernant dans le cadre des activités pratiquées.

Date : **Signature (précédé de la mention lu et approuvé).....**

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné.....représentant légal de.....

Autorise l'enfant précité à participer aux activités réservées, et atteste pour le stagiaire mineur répondre à toutes les conditions d'inscription reprises ci-dessus pour les activités réservées.

Date : **Signature (précédé de la mention lu et approuvé).....**

Comité Départemental de Voile du Pas de Calais

Siège social : Maison du Département du Boulonnais, Route de la Trésorerie, BP 20 , 62126 WIMILLE
Association régie par la loi 1901, déclarée à la Sous-Préfecture de BOULOGNE SUR MER sous le N° 1957, le 30 avril 1957.