

RENSEIGNEMENTS

CENTRE NAUTIQUE ANGOULINS

Autorisations et attestation familiale

NOM : _____ Prénom : _____
(Stagiaire)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Sexe : Masculin Féminin

Adresse permanente : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable: _____

Em@il: _____

Déjà licencié(e) FFVoile 2015 (numéro obligatoire): _____

Activités

STAGES BASSIN Date : _____

Moussaillons (4-6 ans) Optimist Planche A Voile

STAGE MER Date : _____

Enfants Ado / Adultes

SUPPORT CHOISI :

WINDSURF DERIVEUR
 CATAMARAN OPTIMIST
 SUP'NESS

ACTIVITES ANNUELLES

Ecole de sport Loisirs Adhésion/Licence
 Equipe de club Parking Forfait matériel hors été

Total _____ € Mode de règlement _____

Réservé CNA Licence prise Gestasso

Stagiaire mineur : Je soussigné(e) _____

Représentant(e) légal(e) de l'enfant _____

- Autorise le/la mineur(e), désigné(e) ci-dessus, à pratiquer les activités au Centre Nautique d'Angoulins.
- Autorise le médecin à pratiquer sur le/la mineur(e) toutes interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires en cas d'urgence.

Pour les stagiaires de 4 à 7 ans : j'atteste que l'enfant précité est apte à s'immerger, à se déplacer dans l'eau et à attendre les secours sans paniquer.

Pour les stagiaires âgés de 8 à 15 ans : j'atteste de l'aptitude de l'enfant mineur désigné ci-dessus à **s'immerger et à nager au moins 25 m.**

Pour les stagiaires mineurs de + de 16 ans : j'atteste de l'aptitude du stagiaire mineur désigné ci-dessus à **plonger et nager au moins 50 mètres.**

A défaut d'attestation, le stagiaire pourra être soumis par le RTQ ou son adjoint à un test de non-panique correspondant aux conditions de sa pratique et à ses capacités physiques.

J'autorise mon enfant à quitter seul l'école de voile à la fin de ses activités ou en cas d'annulation de celles-ci.

Stagiaire majeur : Je soussigné(e) _____

- Atteste savoir plonger puis nager au moins 50 mètres.
- En cas d'accident, j'autorise à faire pratiquer sur moi toutes les interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaire, y compris mon transport dans un établissement hospitalier.

J'atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence FFV ou au passeport voile et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux invalidités et décès plus élevés (formulaire MMA / MDS fourni sur demande). Dans le cas où je désire souscrire à l'une des formules de garanties complémentaires, je contacte moi-même le groupe MDS, au 01.58.22.28.00.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché au CNA et en accepter les conditions sans réserve.

J'autorise le CNA à réaliser des photos sur lesquelles je ou mon enfant figure dans le strict cadre de ses activités, et à diffuser ces photos sur des supports promotionnels.

Date et signature, précédées de la mention « lu et approuvé » :

Personne à prévenir en cas de nécessité

M./Mme/Mlle : _____ Tél : _____