

NOM : _____ **Prénom :** _____

(Stagiaire)

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

Adresse permanente : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable: _____

Em@il: _____

Déjà licencié(e) FFVoile 2018 (numéro obligatoire): _____

Activités

STAGE BASSIN

Dates : du/..... au/...../2018 et/ou N°semaine :

Support

- Jardin des mers (4-6ans) Optimist
- Planche à voile

Créneau de navigation (voir le planning des stages)

- Bassin 1 Bassin 3
- Bassin 2

STAGE MER

Dates : du/..... au/...../2018 et/ou N°semaine :

Support

- Optimist Catamaran jeunes (11-14 ans)
- Planche à voile Catamaran Adulte (+ de 15 ans)

Créneau de navigation (voir le planning des stages)

- Groupe 1 Groupe 2

| Réservé CNA | | |
|--------------|----------------|--|
| Licence | € | <input type="checkbox"/> ...ème stage |
| Adhésion | € | <input type="checkbox"/> Famille membre n°:..... |
| Stage | € | <input type="checkbox"/> Saisie logiciel |
| Total | € | <input type="checkbox"/> N° resa licence |

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.

Je possède un certificat médical de non contre indication à la pratique du sport

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.

Personne à prévenir en cas de nécessité :

M./Mme/Mlle : _____ **Tél :** _____

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