



## Inscription

## Stages vacances

### RENSEIGNEMENTS

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Sexe : Masculin Féminin

Adresse permanente : .....

Tél. portable du père: .....

Tél. portable de la mère: .....

E-mail : .....

Indiquer le support

Stage 9h-12h : ..... Repas : .....

Stage 13h30-16h30 : .....

Stage 9h-16h30 : .....

Date du stage : du.....au ..... 202..

### PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et prénom : .....

Tél. portable : .....

Tél. fixe : .....

### ATTESTATIONS ET AUTORISATIONS

**Stagiaire majeur** : Je soussigné(e) .....

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

**Stagiaire mineur** : Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant ....., désigné ci-après par «le mineur»,

- > Autorise le mineur, à pratiquer les activités au sein du CSBF.
- > Autorise le médecin à pratiquer sur le mineur toutes interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaire en cas d'urgence.
- > Dégage le CSBF de toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident survenant hors de l'école et en dehors des activités dirigées.
- > Atteste que le mineur, de moins de 16 ans, est apte à s'immerger puis nager 25 mètres sans reprendre pied ou que le mineur, de plus de 16 ans, est apte à plonger puis nager 50 mètres en eau profonde.

Je souscris à l'assurance annulation (CSBF) tarif 10€/ stage

J'ai remis au CSBF l'attestation qui était liée au questionnaire de santé pour la pratique de la voile

J'autorise le mineur à quitter seul le CSBF après son entrainement.

Atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurances 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 (groupe MDS - 2/4 rue Louis David - 75016 PARIS). Dans le cas où je désire souscrire à une des formules de garanties complémentaires, je contacte moi-même le groupe MDS, au 01 53 04 86 16.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente, du règlement intérieur, des mesures sanitaires en période d'épidémie de COVID-19 et du sport A 322-64 à 70 du code affichés à l'école (disponibles sur demande) et m'assurer que le mineur en fait de même, avec mon aide si nécessaire.

Date et signature (Précédées de la mention lu et approuvé )