



CENTRE NAUTIQUE « Félix MERINE »

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2015-2016

1. JE SUIS L'ADHERENT (si mineur remplir l'onglet 2)

NOM : _____ Prénom : _____
Sexe : Féminin Masculin Date de naissance :
Téléphone (si urgence) : _____ / _____
Adresse : _____ Code postale :
Ville : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____

2. JE SUIS LE RESPONSABLE LEGAL

Mère
NOM : _____ Prénom : _____
Téléphone : _____ GSM : _____
Courriel : _____

Père
NOM : _____ Prénom : _____
Téléphone : _____ GSM : _____
Courriel : _____

Tuteur
NOM : _____ Prénom : _____
Téléphone : _____ GSM : _____
Courriel : _____

3. JE CHOISIS MON ACTIVITE

A. JE SUIS NOUVELLEMENT INSCRIT POUR LA SAISON 2015/2016 Oui Non

B. JE CHOISIS MON (MES) ACTIVITE(S)
 Laser Funboat

C. JE CHOISIS MON (MES) JOUR(S)
 Mercredi Samedi

D. JE CHOISIS MON (MES) HEURE(S)
_____ H _____ H _____ H _____ H _____

4. JE FOURNIS LES PIECES POUR MON INSCRIPTION

Fiche d'inscription
 1 Certificat médical **obligatoire** de non contre-indication à la pratique d'une activité nautique (- de 3 mois)
 1 Attestation d'assurance extra-scolaire
 Le paiement
 ■ 1 session de 14 cours : 180 €
 ■ 1 session de 28 cours : 340 € (payable en 2 fois)

5. JE SIGNE MON ADHESION

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant
_____ avoir pris connaissance et accepte les conditions suivantes :

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché à l'Ecole de Voile.
 J'atteste également que l'enfant précité(e) est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.
 J'autorise d'autre part à faire pratiquer sur lui toutes interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires y compris son transport dans un établissement hospitalier.
 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.
 J'autorise la Ville du Robert à utiliser mes coordonnées téléphoniques pour m'informer des manifestations de la Ville.
 Je note que les cours sont payables d'avance et ne sont ni remboursés, ni reportés en cas d'absences non justifiées.

Date : _____ Signature : _____
"Lu et approuvé"

Cadre réservé à l'administration

Date : _____ / _____ / _____

Dossier complet : Oui Non

Pièce(s) manquante(s) :
 Certificat médical
 Attestation assurance

Règlement : Oui Non
Chèque Espèce