



STAGES AOUT 2023

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

RESPONSABLE PENDANT LE STAGE

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

MAIL (en majuscules) :

Support	Dates	Tarif	Horaires
Catsy 10'5	Du 31/07/23 au 04/08/23	140€ + Passeport voile 12€	09h30 à 12h30
Topaz 12			13h30 à 16h30
Topaz 14			13h30 à 16h30
Topaz 16 / SL 15.5			13h30 à 16h30
Catsy 10'5	Du 07/08/23 au 11/08/23		09h30 à 12h30
Topaz 12			13h30 à 16h30
Topaz 14			13h30 à 16h30
Topaz 16 / SL 15.5			13h30 à 16h30
Catsy 10'5	Du 14/08/23 au 18/08/23		09h30 à 12h30
Topaz 12			13h30 à 16h30
Topaz 14			13h30 à 16h30
Topaz 16 / SL 15.5			13h30 à 16h30
Catsy 10'5	Du 21/08/23 au 25/08/23	09h30 à 12h30	
Topaz 12		13h30 à 16h30	
Topaz 14		13h30 à 16h30	
Topaz 16 / SL 15.5		13h30 à 16h30	

Location de combinaisons : junior 15€/semaine – adulte 20€/semaine



REGLEMENTATION :



- Un acompte équivalent à 50% du prix du stage est demandé afin de valider l'inscription. En cas d'annulation de l'inscription au stage moins de 2 semaines avant la date fixée, l'acompte demandé sera retenu.
- Il ne sera procédé à aucun remboursement en cas d'abandon de la part du stagiaire en cours de stage, sauf en cas de force majeure et de présentation de justificatif.
- Le Centre Nautique Paul Vatine se réserve le droit de supprimer ou d'annuler toute sortie en mer en fonction des conditions météo sans dédommagement quelconque aux inscrits.



ATTESTATIONS (remplir l'un des deux cas)

Pour les personnes majeures

Je soussigné (nom et prénom) :

- Atteste qu'il n'existe me concernant aucune contre indication médicale à la pratique de la voile.
- Atteste que je peux m'immerger en sautant dans l'eau et que je peux nager au moins 50 mètres.
- Dégage la responsabilité du club en dehors des heures d'activité.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte de m'y soumettre
- Je reconnais m'être mis en conformité avec la nouvelle réglementation relative au certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile.
- Atteste avoir été informé(e) des garanties d'assurance liées à la licence FFVoile et des possibilités de garanties supplémentaires (voir ci-dessous) auxquelles :
 - Je refuse de souscrire.
 - J'accepte de souscrire.

Pour les personnes mineures

Je soussigné (nom et prénom) :

Père, mère, tuteur, responsable légal de :

(Nom et prénom du mineur)

- Atteste qu'il n'existe, à ma connaissance, le concernant, aucune contre indication médicale à la pratique de la voile.
- Atteste
 - s'il a **moins de 16 ans**, qu'il peut s'immerger en sautant dans l'eau et nager **au moins 25** mètres
 - s'il a **16 ans ou plus**, qu'il peut s'immerger en sautant dans l'eau et nager **au moins 50** mètres
- Dégage la responsabilité du club en dehors des heures d'activité.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte ses conditions pour moi-même et pour les mineurs dont j'ai la charge
- Je reconnais m'être mis en conformité avec la nouvelle réglementation relative au certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile.
- Atteste avoir été informé(e) des garanties d'assurance liées à la licence FFVoile et des possibilités de garanties Complémentaires (voir ci-dessous) auxquelles :
 - Je refuse de souscrire.
 - J'accepte de souscrire.

AUTORISATION PARENTALE :

1. J'autorise mon enfant à participer aux activités du Centre Nautique Paul Vatine, et aux responsables du club à faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité.
2. J'autorise mon enfant à quitter le centre nautique Paul Vatine à la fin du stage et à rentrer par lui-même
 - Je n'autorise pas mon enfant à quitter le stage seul en fin de cours
3. J'autorise le club à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de la communication des activités du centre nautique Paul Vatine.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la durée du stage : oui non

Si oui, joindre l'ordonnance* et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergies spécifiques : oui non

Si oui précisez :

Restrictions alimentaires : oui non

Si oui précisez :

Fait à le

Signature :