



# ARCHIMÈDE

## FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2020 /2021



NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### ADRESSE

RUE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

**Plongée**



**Apnée**



**Biologie**



Niveau(x) détenu(s) : \_\_\_\_\_

Autres qualifications détenues  
(E1, TIV, Rifa, etc.) : \_\_\_\_\_

Nombre de plongées : \_\_\_\_\_

Formation suivie : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

**Date de la visite médicale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**Contre-indication médicale, allergies : \_\_\_\_\_**

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance des assurances individuelles et atteste qu'un exemplaire des garanties de Lafont Assurance m'a été remis.

JE CHOISIS LA FORMULE :

(il est obligatoire de cocher une case et une seule)

	Loisir 1	Loisir 2	Loisir 3
Base	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 25€	<input type="checkbox"/> 42€
Top	<input type="checkbox"/> 39€	<input type="checkbox"/> 50€	<input type="checkbox"/> 83€

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

**COTISATION ANNUELLE :** \_\_\_\_\_ **€ d'adhésion**  
\_\_\_\_\_ **€ de licence FFESSM**  
\_\_\_\_\_ **€ d'assurance**  
\_\_\_\_\_ **€ Remise exceptionnelle Covid 2019/2020**  
**TOTAL :** \_\_\_\_\_ **€**  
**Réglée le :** \_\_\_\_\_

**Licence commandée le :** \_\_\_\_\_

#### **DROIT A L'IMAGE**

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  la publication de films ou photos sur lesquelles j'apparais.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association et je m'engage à les respecter

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

#### **Autorisation pour les mineurs**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
responsable légal (qualité : père , mère , tuteur ), autorise le mineur :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

à pratiquer la plongée subaquatique, ainsi que les activités annexes, dans le cadre des activités du club et ce, en toute connaissance des risques encourus. De plus, j'accepte que les responsables du club et/ou les moniteurs dudit mineur autorisent, en mon nom, une prise en charge médicalisée vers un service approprié en cas de nécessité.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :