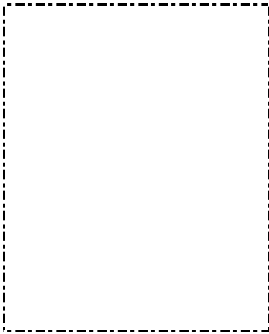




ARCHIMÈDE

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2021 /2022



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

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 :