

OPTIMIST

PLANCHE A VOILE

CATAMARAN ADULTES

CATAMARAN JEUNES

Mercredi Samedi

Matin Après-midi

NOM du stagiaire : PRENOM :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Age :

Adresse:

Code postal: |_|_| |_|_|_|_| Ville :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

REGLEMENTS

Nom de la personne réglant le stage :

Reçu € le..... Chèque Espèces CB Autres
 Reçu € le..... Chèque Espèces CB Autres
 Reçu € le..... Chèque Espèces CB Autres

Chèque à l'ordre de SNGL;

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e) M..... (Père, Mère, grand-père, grand-mère, Tuteur) autorise à prendre part aux cours de voile de la SNGL, et certifie que il/elle sait nager et qu'il/ elle ne présente aucune contre indication à la pratique de la Voile et des sports nautiques et qu'il/elle s'engage à respecter le règlement intérieur de l'école de voile (**joindre votre certificat médicale**).

- **Autorise - n'autorise pas** (*rayez la mention inutile*), le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation dans le centre hospitalier le plus proche) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- **Autorise - n'autorise pas** (*rayez la mention inutile*) la prise de photos de mon enfant à l'occasion de photos de groupe et diffusion à usage interne (site du Club, lettre d'informations, supports pédagogiques ...).

Par mauvais temps les cours sont assurés à terre. Nous déclinons toute responsabilité en cas de vols ou de détériorations des effets personnels dans les vestiaires.

A.....le :

Signature :

Tout cours réservé mais non soldé ou dont le dossier est incomplet pourra être annulé. Les informations données par téléphone ne garantissent pas l'inscription définitive.

Certificat Médical (valable un an)

Dans le cadre de l'article II.3.2 du règlement technique de la FFVoile Pris en application des articles L.231-2, L231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur :certifie avoir examiné ce jour

Nom

Prénom

né(e) le

et certifie que son état de santé ne contre indique pas

la pratique de la voile

y compris en compétition.

Fait le à

Signature et cachet du médecin examinateur