

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) :

R E G L E M E N T S

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 :

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