

Stage Vacances :

. Complétez le bulletin d'inscription ainsi que le stage choisi.

. Pour réservation fiche à retourner avec un acompte de 29,00 € (cotisation et licence) par stagiaire.

Semaine	Prénom	Stage	Matin	Après-Midi	Tarifs
Juillet					
28 Lundi 06 Juillet Vendredi 10 Juillet					
29 Lundi 13 Juillet Vendredi 17 Juillet					
30 Lundi 20 Juillet Vendredi 24 Juillet					
31 Lundi 27 Juillet Vendredi 31 Juillet					

RESPONSABLE LEGAL / PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom / Prénom :

☎ :

☎ :

- J'autorise**, en cas d'urgence, la conduite de cet enfant dans un établissement hospitalier où toute **intervention chirurgicale** pourra être pratiquée en cas de nécessité.
 - Dégage** la responsabilité du C.M.V.S.B de tout événements se produisant en dehors des heures normales d'activités.
 - J'autorise l'utilisation** pédagogique et promotionnelle **de l'image** par le C.M.V.S.B
- J'atteste également que :**
- l'enfant précité est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.
 - Je reconnais m'être mis en conformité avec la nouvelle réglementation relative au certificat médical de non contre-indication de la pratique du sport .**
 - Je déclare** avoir pris **connaissance du règlement intérieur** (et son annexe Covid 19) affiché .
 - Je déclare** avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence de la FFV ou au passeport voile et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires . Dans le cas où Je souhaite souscrire à cette formule, je contacte moi-même le groupe MDS au 01.53.04.86.16 – 2/4 Rue Louis David – 75 016 PARIS

Autorise le stagiaire mineur à regagner seul le domicile : **Oui** **Non**

Conformément à l'article 27 de la loi du 06/01/1978 "informatique et liberté" vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux Informations qui vous concernent

Fait à _____ . le _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »