

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.
- . Tarif du Stage (5 Après-Midi):

Semaine	Prénom	Stage(s)		Après-Midi	Tarifs
Juin					
43 Lundi 25 Octobre Vendredi 29 Octobre	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 14h00-17h00	
	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 14h00-17h00	
44 Lundi 01 Novembre Vendredi 05 Novembre	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 14h00-17h00	
	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 14h00-17h00	

RESPONSABLE LEGAL / PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom / Prénom :



Atteste que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, dont je suis le représentant légal, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

- 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 :

- Pour les stages :** moussaillon et optimist,
L'enfant n'a pas peur dans l'eau, il sera possible de faire passer un test d'aisance aquatique, le premier jour du stage.
- L'enfant précité est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.
- Je déclare** avoir pris **connaissance du règlement intérieur** 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 I nformations qui vous concernent

Fait à . le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »