



## 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	Matin	Après-Midi
<b>Juillet</b>			
<b>31</b> Lundi 01 Août Vendredi 05 Août			
<b>32</b> Lundi 08 Août Vendredi 12 Août			
<b>33</b> Lundi 16 Août Vendredi 19 Août			
<b>34</b> Lundi 22 Août Vendredi 26 Août			

### 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 informations qui vous concernent  
Conformément au Règlement Général sur la Protection des données, vos données personnelles sont gardées sur une période d'un an. Ces informations sont utilisées par le CMVSB pour la gestion et le fonctionnement de l'association.

Fait à \_\_\_\_\_ . le \_\_\_\_\_  
Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »