

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
Avril					
15 Lundi 11 Avril Vendredi 15 Avril	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 14h00-17h00	
	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 14h00-17h00	
16 Lundi 18 Avril Vendredi 22 Avril	<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.
- Le stagiaire 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. 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"