

VACANCES Avril 2023

Bulletin d'Inscription

Centre Municipal de Voile de Saint Briec
27 Bd de Cornouaille - Les Rosaires
22190 PLERIN
Tel : 02 96 74 51 59 Mail : cmvsb@orange.fr

Association loi 1901



N° D'Agrément FFV : 22 043 N° D'Agrément Jeunesse et sport : 22 S463
Siret:32561335400019 NAF : 9312Z

Facture N°: _____

A Plérin le : _____

"Toute réclamation ou suggestion relative à l'organisation ou au déroulement d'un stage, cours, d'une location ou prestation doit être adressée, accompagnée des éventuels justificatifs, à l'attention du Directeur du CMVSB en précisant votre identité complète, la prestation concernée, le lieu et la date :

- Par courrier : CMVSB-27 Boulevard de Cornouaille-22190 PLERIN

- Ou par mail : cmvsb@orange.fr

A l'issue de cette opération et à défaut de réponse satisfaisante, ou en l'absence de réponse dans un délai de 60 jours de notre part, vous pouvez saisir le médiateur du Tourisme et du Voyage, dont les coordonnées et modalités de saisie sont disponibles sur son site : www.mtv.travel en faisant référence au contrat **NAUTISME EN BRETAGNE**."

Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Né le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXE	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse Code postal ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
☎	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail @	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Licence Réservé au CMVSB	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cadre réservé au CMVSB

	P.U	Quantité	Total
Cotisation	17,00 €		
Passeport Voile	12,00 €		
Stage (5 ^{1/2} journées-Externe)	100,00 €		
Somme à régler			
Acompte			
Réduction			
Solde			

Cachet du club et signature du responsable

Facture en euros. Tva non applicable article 293 B du code général des impôts

Moyen de paiement		Montant Réglé	Nom du chèque
Date	Mode de paiement/Banque	Numéro(s) Chèque(s)	

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
Avril 2023			
16 Lundi 17 Avril Vendredi 21 Avril	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 14h00-17h00
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 14h00-17h00
17 Lundi 24 Avril Vendredi 28 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 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"