

STAGE OPTIMIST ETE 2024

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
 Date de naissance stagiaire : _____ E mail : _____
 Tél Portable : _____

Nom payeur : _____ E mail :Date de naissance :

TYPE DE STAGE

NIVEAU DE PRATIQUE

<input type="checkbox"/> OPTIMIST 3 Jours : 148 €	<input type="checkbox"/> OPTIMIST 6-8 ANS TOUS NIVEAUX
<input type="checkbox"/> OPTIMIST 5 Jours : 178 €	<input type="checkbox"/> OPTIMIST 8-11 ANS INITIATION
	<input type="checkbox"/> OPTIMIST 8-11 ANS PERFECTIONNEMENT

CHOIX DU STAGE

S27 : du 01 au 05/07	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S28 : du 08 au 12/07	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S29 : du 15 au 19/07	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S30 : du 22 au 26/07	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S31 : du 29/07 au 02/08	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S32 : du 05 au 09/08	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S33 : du 12 au 16/08	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S34 : du 19 au 23/08	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf
S35 : du 26 au 28/08	<input type="checkbox"/> stage 1 6-8 ans	<input type="checkbox"/> stage 1 8-11 ans initiation	<input type="checkbox"/> stage 2 8-11 ans perf

Je soussigné, M^{me} - M^r : atteste que ma fille - mon fils

- Ne présente pas de contre indication médicale à la pratique de la voile.
 - En cas d'accident, autorise à faire pratiquer toutes les interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires, y compris le transport dans un établissement hospitalier.
 - Est apte à s'immerger (m'immerger) et à nager au moins 25 m (- de 16 ans) ou 50 m (+ de 16 ans)
 - Accepte que le CNCP utilise mon image à des fins publicitaires.
 - Accepte le règlement intérieur du club nautique
 - Je reconnais avoir été informé de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire auprès de la Fédération Française de Voile
- Je souscris OUI NON

MINEURS : CERTIFICATION du QUESTIONNAIRE de SANTE

Je soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____
 Représentant(e) légal(e) de : Nom : _____ Prénom : _____
 Atteste que tous les points 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.

Date : _____

Signature : _____

Partie réservée au Club :

Chèque N° : Banque : Espèces Chèques Vacances C Bancaire
 AWOO N° commande :

Avec la participation de

