

## INSCRIPTION SAISON 2018 - 2019

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 ☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Personne à prévenir : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 ☎ : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Niveau(x) acquis

**Plongée :** \_\_\_\_\_ **Enseignement fédéral:** \_\_\_\_\_ **Enseignement (diplôme état) :** \_\_\_\_\_  
**Apnée :** \_\_\_\_\_ **Enseignement :** \_\_\_\_\_  
**Biologie :** \_\_\_\_\_ **Enseignement :** \_\_\_\_\_  
**Archéologie :** \_\_\_\_\_ **Enseignement :** \_\_\_\_\_  
**Nage avec palmes - Enseignement :** \_\_\_\_\_  
**Secourisme :** \_\_\_\_\_ **Formateur :** \_\_\_\_\_  
**Autre(s) qualification(s) :** \_\_\_\_\_

### Pièces à joindre :

- Pour la plongée en scaphandre ou assimilé (y compris orientation subaquatique et PSP) en tous lieux et l'apnée en milieu naturel au-delà de 6m (inclus les fosses de plus de 6m)
  - ✓ **Copie** du Certificat médical d'Absence de Contre-Indication (CACI) de moins d'un an pour la pratique de
- Pour l'apnée en piscine, nage avec palmes, nage en eaux vives, hockey, tir.
  - si le CACI à moins de 3 ans et sans rupture de prise de licence pendant cette période,
    - **Copie** de l'attestation de réponse négative au Questionnaire de Santé « QS-SPORT »
  - CACI de plus de 3ans ou rupture de prise de licence pendant les trois dernière années,
    - **Copie** du Certificat médical d'Absence de Contre-Indication

**Ne pas donner le questionnaire de santé et garder l'original de l'attestation**

**Pour rappel, la participation aux activités est soumise à la présentation obligatoire du certificat médical.**

- Le règlement (chèque(s) à l'ordre du Corail Sub Moulins – coupons sport et chèques vacances acceptés)
- Documents sur le rappel des consignes de sécurité et du droit à l'image signés
- Autorisation parentale ou tutélaire signée (pour les mineurs)
- Attestation de prise de connaissance du règlement interne.

Aucune saisie de licence ne sera réalisée avec un dossier incomplet.

Conformément à la "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, je reconnais être informé que les informations recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique, et que je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations fournies. Ce droit peut être exercé par courrier adressé au secrétariat du club.

Je reconnais avoir été informé de ma possibilité de souscrire une assurance complémentaire auprès de la société LAFONT.

Fait le  
à

Signature (signature des parents pour les mineurs)

Date certificat médical d'absence de contre-indication :

Date certificat médical :

Règlement : liquide :	chèque :	chèque vacances :	Remis au trésorier le
-----------------------	----------	-------------------	-----------------------

## RENOUVELLEMENT ADHESION

Saison /

<b>Changement à signaler</b> (état civil, adresse, téléphone, diplôme)	
<b>Date du certificat médical :</b> <b>Cotisation de :</b> <b>Remis au trésorier le :</b>	<b>Signature</b>

Saison /

<b>Changement à signaler</b> (état civil, adresse, téléphone, diplôme)	
<b>Date du certificat médical :</b> <b>Cotisation de :</b> <b>Remis au trésorier le :</b>	<b>Signature</b>

Saison /

<b>Changement à signaler</b> (état civil, adresse, téléphone, diplôme)	
<b>Date du certificat médical :</b> <b>Cotisation de :</b> <b>Remis au trésorier le :</b>	<b>Signature</b>

Saison /

<b>Changement à signaler</b> (état civil, adresse, téléphone, diplôme)	
<b>Date du certificat médical :</b> <b>Cotisation de :</b> <b>Remis au trésorier le :</b>	<b>Signature</b>

Saison /

<b>Changement à signaler</b> (état civil, adresse, téléphone, diplôme)	
<b>Date du certificat médical :</b> <b>Cotisation de :</b> <b>Remis au trésorier le :</b>	<b>Signature</b>