



VOILE

**BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LES MINEURS
ÉCOLE DE VOILE SAISON 2023 – 2024**

NOM : PRENOM : SEXE : F / G
Né(e) le : email :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. : Tél. :

AUTORISATION ET ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné (e) Nom..... Prénom.....
Représentant légal de Nom..... Prénom.....
Lien de parenté.....autorise* d'une part l'enfant précité à suivre les activités de l'école de voile en :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moussaillon samedi matin | <input type="checkbox"/> Laser fusion samedi matin |
| <input type="checkbox"/> Optimist mercredi après-midi | <input type="checkbox"/> Planche à voile mercredi matin |
| <input type="checkbox"/> Pratique libre samedi après-midi | <input type="checkbox"/> Planche à voile samedi matin |
| <input type="checkbox"/> Dériveur performance mercredi après-midi | <input type="checkbox"/> Foiling School samedi après-midi |
| <input type="checkbox"/> Optimist samedi matin | |

* J'autorise d'une part, **en cas d'urgence**, la conduite de cet enfant dans un établissement hospitalier où toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée en cas de nécessité.

* Je déclare prendre connaissance du **règlement intérieur** affiché dans l'école de voile.

* Je m'engage pour l'année, pas de remboursement possible excepté pour raison médicale.

J'atteste également que : (**cocher la case correspondante**)

- Pour les enfants de 16 ans et plus** : l'enfant précité est apte à plonger puis à nager au moins 50 mètres.
 Pour les enfants de moins de 16 ans : l'enfant précité est apte à s'immerger puis à nager au moins 25 mètres.

* J'atteste avoir reçu une information précisant le montant des **garanties d'assurance** liées à la licence FFV ou au passeport voile et avoir été informé (e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux Invalidité et Décès plus élevés (informations au verso).

Cocher la case correspondant au choix retenu :

- J'accepte de souscrire à l'une des formules de garanties complémentaires (préciser laquelle:)
 Je refuse de souscrire à ces garanties complémentaires.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Tél travail :	Tél travail :
Tél domicile :	Tél domicile :
Portable :	Portable :

* **AUTORISATION DE QUITTER LE CLUB** Cocher la case correspondant au choix retenu :

- J'autorise mon enfant à quitter le club par ses propres moyens (seul)
 Je n'autorise pas mon enfant à quitter le club par ses propres moyens (seul)

J'atteste, par ma participation aux cours de l'école de voile du YCPR, autoriser gracieusement l'utilisation de mon image, mon nom, ma biographie sur toutes les photos et les vidéos qui seraient réalisées par l'organisateur, ses partenaires ou les médias dans le cadre de la promotion du club.

Je m'engage à respecter (et faire respecter par les personnes dont j'ai la charge) les consignes de sécurité sanitaires (distanciation sociale, lavage des mains, ne pas se présenter en cas de symptôme ou suspicion de symptôme (fièvre supérieure à 37,8°, toux)

Fait à Le.....