



FICHE D'INSCRIPTION 2025

ECOLE DE VOILE HONFLEUR

Information stagiaire

M. Mme Mlle NOM Prénom

Date Naissance / / Age : Homme / Femme

Expérience nautique

Nom et prénom du responsable.....

Adresse postale CP Ville

Tél. 1 Tél. 2 Mail

Déclaration obligatoire (pour les stagiaires mineurs)

Je soussigné(e) :, représentant légal de l'enfant :

- autorise le mineur ci-dessus nommé à participer au(x) stage(s) de l'école de voile
- atteste sur l'honneur que le mineur ci-dessus nommé est en bonne santé et lui avoir fait remplir le questionnaire de santé. A défaut, je m'engage à transmettre un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des activités sportives.
- atteste sur l'honneur que le mineur ci-dessus nommé est apte à s'immerger et à nager au moins 25 mètres.
- autorise le mineur ci-dessus nommé à quitter seul le centre nautique : OUI NON
- autorise la diffusion des photos et vidéos à titre d'illustration pour des supports de communication : OUI NON
- atteste avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente

Déclaration obligatoire (pour les stagiaires majeurs)

Je soussigné(e) NOM Prénom

- atteste sur l'honneur être en bonne santé et avoir rempli le questionnaire de santé. A défaut, je m'engage à transmettre un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des activités sportives.
- atteste sur l'honneur être apte à m'immerger et à nager au moins 25 mètres.
- autorise la diffusion des photos et vidéos à titre d'illustration pour des supports de communication : OUI NON
- atteste avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM..... Prénom.....

Tél. 1..... Tél. 2.....

Autorisation de soins médicaux

Sous réserve d'en être informé(e) le plus rapidement possible, je, responsable ci-dessus nommé, du stagiaire ci-dessus nommé :

- autorise les responsables de l'Ecole de Voile Honfleur à prendre toute(s) mesure(s) nécessaire(s) en cas d'urgence en mon absence, y compris le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie,
- déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à Le

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

