



BULLETIN D'INSCRIPTION CATAMARAN

2023/2024

- TARIF MERCREDI OU SAMEDI : 455€ + 90€ COTISATION CNPV*

- TARIF MERCREDI ET SAMEDI : 485€ + 90€ COTISATION CNPV*

*LA LICENCE EST INCLUS DANS LA COTISATION CNPV

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone du stagiaire :
Licence n° :
Responsable Légale :
Nom : Prénom :
Adresse (si différente) :
Téléphone parent 1 : Téléphone parent 2 :
Mail 1 (en majuscules) :
Mail 2 (en majuscules) :
Commentaire :

MERCREDI

SAMEDI

SUPPORT : (ENTOUREZ VOTRE CHOIX)

NACRA 15

SL 16

SL 15.5

TYKA

TOPAZ 16

TOPAZ 14

TOPAZ 12

- Les horaires des séances : 13h30-17h00 (merci d'être à l'heure pour le bon déroulement des séances)
- Les séances se dérouleront du mercredi 14 septembre au samedi 3 décembre 2023, les dates pour 2024 vous seront communiquées ultérieurement.
- Pas de séances pendant les vacances scolaires
- L'équipe du CNPV communique avec les parents et/ou le stagiaire sur un groupe WhatsApp pour faciliter la communication en cas d'information importante à communiquer (Annulation, changement d'horaire, changement de support...)
- Trêve hivernale de Décembre à mi-mars
- Durant la trêve hivernale les séances peuvent être réduite en fonction de la limite jour/nuit ainsi que des températures
- Dans le cas où votre enfant a un problème médical, merci d'en avertir le moniteur avant d'aller sur l'eau

Date et Signature :



ATTESTATIONS (remplir l'un des deux cas)

Pour les personnes majeures

Je soussigné (nom et prénom) :

- Atteste qu'il n'existe me concernant aucune contre indication médicale à la pratique de la voile.
- Atteste que je peux m'immerger en sautant dans l'eau et que je peux nager au moins 50 mètres.
- Dégage la responsabilité du club en dehors des heures d'activité.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte de m'y soumettre
- Je reconnais m'être mis en conformité avec la nouvelle réglementation relative au certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile.
- Atteste avoir été informé(e) des garanties d'assurance liées à la licence FFVoile et des possibilités de garanties supplémentaires (voir ci-dessous) auxquelles :
 - Je refuse de souscrire.
 - J'accepte de souscrire.

Pour les personnes mineures

Je soussigné (nom et prénom) :

Père, mère, tuteur, responsable légal de :

(Nom et prénom du mineur)

- Atteste qu'il n'existe, à ma connaissance, le concernant, aucune contre indication médicale à la pratique de la voile.
- Atteste
 - s'il a **moins de 16 ans**, qu'il peut s'immerger en sautant dans l'eau et nager **au moins 25** mètres
 - s'il a **16 ans ou plus**, qu'il peut s'immerger en sautant dans l'eau et nager **au moins 50** mètres
- Dégage la responsabilité du club en dehors des heures d'activité.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte ses conditions pour moi-même et pour les mineurs dont j'ai la charge
- Je reconnais m'être mis en conformité avec la nouvelle réglementation relative au certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile.
- Atteste avoir été informé(e) des garanties d'assurance liées à la licence FFVoile et des possibilités de garanties Complémentaires (voir ci-dessous) auxquelles :
 - Je refuse de souscrire.
 - J'accepte de souscrire.

AUTORISATION PARENTALE :

- J'autorise mon enfant à participer aux activités du Centre Nautique Paul Vatine, et aux responsables du club à faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité.
- J'autorise mon enfant à quitter le centre nautique Paul Vatine à la fin du stage et à rentrer par lui-même
 - Je n'autorise pas mon enfant à quitter le stage seul en fin de cours
- J'autorise le club à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de la communication des activités du centre nautique Paul Vatine.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la durée du stage : oui non

Si oui, joindre l'ordonnance* et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergies spécifiques : oui non

Si oui précisez :

Restrictions alimentaires : oui non

Si oui précisez :

Date et Signature :