

## Formulaire d'inscription - stage d'été 2009

### Société Nautique de la Basse-Seine

**Pour que l'inscription au stage soit validée**, le dossier doit nous parvenir **au plus tard le samedi précédant le stage**, et comporter :

- ce formulaire complété,
- le règlement,
- un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'aviron de moins d'un mois

**Si le nombre d'inscrits est trop nombreux pour accepter votre inscription, nous prendrons contact avec vous afin de vous proposer d'autres dates.**

**STAGE :**             **JEUNE**             **ADULTE**            *(cocher la case)*

**Période du stage :** du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

**Nom et prénom du stagiaire :** \_\_\_\_\_

**Adresse** (lieu de résidence) : \_\_\_\_\_

**Code Postal et commune :** \_\_\_\_\_

**Tél. dom** \_\_\_\_\_

**Tél. portable et professionnel** \_\_\_\_\_

**Adresse électronique (adresse des parents si enfants mineurs)** \_\_\_\_\_

**Profession et entreprise** \_\_\_\_\_

**Date, lieu de naissance et nationalité** \_\_\_\_\_

**Nom, n° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident :** \_\_\_\_\_

#### **POUR LES STAGIAIRES ADULTES + 18 ANS :**

##### ADHERENT MAJEUR : DECLARATION DU LICENCIE FFSA

Je, soussigné(e)..... *(nom et prénom en lettres capitales)*, licencié(e) de la FFSA par la SNBS à l'occasion de ce stage déclare :

- avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information, relative au contrat d'assurance souscrit par la FFSA pour le compte de ses adhérents auprès de la MAIF et référencé 1 775 135 N ;
- avoir été informé(e) par cette notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (décès, invalidité permanente, frais médicaux, indemnités journalières) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la FFSA ;
- avoir été informé(e) de l'intérêt à souscrire auprès d'un assureur conseil des garanties complémentaires.

En outre, je déclare :

- avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la Société Nautique de la Basse Seine ;
- savoir nager au moins 50 m.

Fait à ....., le.....

**Signature :**

**.../ TSVP →**

**Pour les ADHÉRENTS MINEURS uniquement (à remplir par les parents) :**

Etablissement scolaire (nom et adresse):.....  
 ..... Classe : .....

Parents :

père { Nom /prénom: :.....  
 Adresse (si différente de la résidence de l'adhérent):.....  
 .....  
 CP : ..... Commune : .....  
 Téléphone \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ - Téléphone \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

mère { Nom /prénom: :.....  
 Adresse (si différente de la résidence de l'adhérent):.....  
 .....  
 CP : ..... Commune : .....  
 Téléphone \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ - Téléphone \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**ADHÉRENTS MINEURS - APPROBATION DES PARENTS**

Je, soussigné(e), .....(nom, prénom en lettres capitales)  
 autorise mon fils (ma fille), .....(nom, prénom en lettres capitales)  
 à adhérer à l'association à l'occasion de ce stage. Je déclare :

- avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information, relative au contrat d'assurance souscrit par la FFSA pour le compte de ses adhérents auprès de la MAIF et référencé 1 775 135 N ;
- avoir été informé(e) par cette notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (décès, invalidité permanente, frais médicaux, indemnités journalières) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la FFSA ;
- avoir été informé(e) de l'intérêt à souscrire auprès d'un assureur conseil des garanties complémentaires;
- avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la Société Nautique de la Basse Seine ;
- attester que mon fils (ma fille) sait nager au moins 50 m.

J'autorise la SNBS à faire pratiquer sur mon (ma) fils (fille) toute intervention nécessaire en cas d'urgence.  
 Fait à ....., le.....

**Signature du représentant légal de l'adhérent:**

**Partie réservée à la SNBS**

**Montant du règlement :** \_\_\_\_\_ **euros.**      **Réglé**     

**Mode de règlement :** \_\_\_\_\_

**Si chèque, nom du signataire :** \_\_\_\_\_

**Certificat médical**            **Date du certificat:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_