|  |
| --- |
|       |

***Numéro de licence fédérale :***



**Fiche d’inscription**

***Date du certificat médical :***

**Saison 2017 – 2018**

|  |
| --- |
|       |

 *(A remettre avant le 30 septembre 2017)*

Photo

à

coller

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom :      | Prénom :      |  |
| Né (e) le :       | à       |  |
| Département (préciser le n°) :      |
| Adresse complète (préciser bâtiment, entrée, appt) : |
|        |
|        |
|        |
|        |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Tél. personnel :       |  Mobile :        |

 |
| Adresse internet :       |
| Profession :       |

|  |
| --- |
| *Allergie a l'aspirine* : [ ]  OUI / [ ]  NON |

Nom, prénom, adresse, téléphone de la personne à prévenir en cas d’accident (**\***)

|  |
| --- |
|        |
|        |
|        |

*(****\*****) indiquer le degré de parenté*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Je soussigné (e) |         | déclare avoir pris  |

connaissance du règlement du club, ainsi que des règles et des risques liés à la pratique de mon activité sportive et de souscrire une assurance individuelle « loisir 1 »(facultatif) auprès du Cabinet Lafont.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à        |  le        |

 **Signature**

**Choix des activités**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formations proposées**  |

|  |
| --- |
| [ ] Niveau 1 |

 |
|  |

|  |
| --- |
| [ ] Niveau 2 |
|  |

 |

*\* Le club se réserve le droit de supprimer certaines activités proposées selon le nombre de personnes inscrites et les possibilités d’encadrement.*

Derniers diplômes obtenus (préciser la date d’obtention)

|  |
| --- |
|        |
|        |
|        |

### Autorisation parentale pour les adhérents mineurs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Je soussigné (e)        | [ ]  père | [ ]  mère | [ ]  tuteur |  autorise mon enfant  |

à pratiquer les activités subaquatiques au sein du CSME. J’ai pris connaissance des règles et des risques liés à la pratique des activités sportives. J’autorise les responsables du club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d’accident.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à        |  le        |

 **Signature**

**Respect des prérogatives**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné(e) |        | m'engage à respecter  |
| les prérogatives ainsi que les consignes de sécurité liées au niveau |  ......  | de plongée sous- |

marine de la FFESSM dont je suis titulaire.

Je prends sous mon entière responsabilité le matériel prêté par le CSME lorsqu'il est en ma possession, et m'engage à ne l'utiliser que pour mon usage personnel.

Enfin, je sais également qu'en cas de dégradation ou de perte, les frais occasionnés seront entièrement à ma charge.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à        |  le        |

 **Signature**

**Autorisation de publication sur le site internet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné(e) |         | Autorise le Club  |

Subaquatique Municipal d’Eysines à publier mon nom, ma photo sur le site internet du club.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à        |  le        |

 **Signature**

**Documents à fournir avant le 30 septembre 2017**

|  |
| --- |
| [ ] Fiche d’inscription renseignée. |
| [ ] Autorisation parentale pour les adhérents mineurs. |
| [ ] Respect des prérogatives de plongée. |
| [ ] Autorisation de publication sur le site internet du club. |
| [ ] Certificat médical de non contre indication à la pratique de la plongée sous marine avec  |

scaphandre : 1 **original** de **moins de 2 mois** établi par un **médecin fédéral ou généraliste**.

|  |
| --- |
| [ ] Paiement de la cotisation (chèque à l’ordre du CSME). |
| [ ] 1 photo d’identité à coller sur la fiche d'inscription. |
| [ ] Photocopie des derniers diplômes obtenus (nouvel adhérent). |

*Les renseignements fournis dans le dossier d’inscription resteront strictement confidentiels et ne peuvent être communiqués à une tierce personne qu’avec votre accord.*