

Nom..... Prénom..... Date de naissance...../...../..... Sexe.....

E-mail..... Téléphone.....

Adresse..... Code Postal..... Ville.....

Activité..... Horaires..... Période.....

## Responsable légal (à contacter en cas d'urgence)

Nom..... Prénom..... Date de naissance...../...../..... Téléphone.....

## AUTORISATIONS

Oui Non

- J'autorise la personne inscrite à participer à l'activité organisée par NDC Voile Angers.
- J'autorise, en cas d'urgence, à solliciter une prise en charge de la personne inscrite par un établissement hospitalier, où toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée en cas de nécessité. Je reconnais avoir été informé.e du montant des garanties d'assurances associées à la licence FFV, et des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux "invalidité" et "décès" plus élevés.
- J'atteste avoir pris connaissance du règlement de l'école de voile et des conditions générales de vente.
- Pour les mineurs, j'autorise la personne mineure à quitter seul l'école de voile à la fin de l'activité.

## NATATION

Pour les majeurs, j'atteste de ma capacité à savoir nager 25 mètres et à m'immerger.

Pour les mineurs, j'atteste de sa capacité à savoir nager 25 mètres et à s'immerger.

En cas de non-attestation, notamment pour les activités "Jardin du Lac" (5-7 ans) et "Moussaillons" (7-8 ans), il est également possible de passer un test d'aisance aquatique le premier jour du stage.

## DROIT À L'IMAGE

- Oui J'autorise le club à utiliser les photographies de la personne inscrite durant les activités, à des fins publicitaires ou de promotion.
- Non

## CERTIFICAT MÉDICAL

J'atteste que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, défini ci-dessus, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile (Cocher "oui"). Dans le cas contraire, je fournirai avant le début de l'activité un certificat médical (Cocher "non").  Oui  Non

Je reconnais avoir été informé que je dois présenter un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile pour le pratiquant, au plus tard le 1er jour de l'activité.

Je reconnais qu'à travers la validation de cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

Fait à .....  
le ...../...../.....

Signature du pratiquant ou de  
son représentant légal, précédé  
de la mention "lu et approuvé"